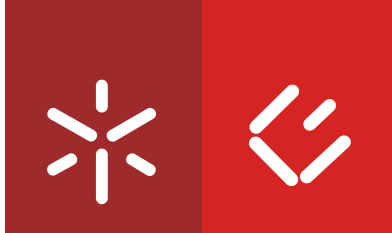


Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Noémia Paula Costa Leite

**Cirurgia de ambulatório:
experiência e satisfação do utente**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Noémia Paula Costa Leite

**Cirurgia de ambulatório:
experiência e satisfação do utente**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria dos Santos Costa Soares

AGRADECIMENTOS

Durante este percurso encontraram-se envolvidas, direta ou indiretamente, várias pessoas, às quais desde já expresso a minha imensa gratidão e verdadeiro reconhecimento. Contudo, existem pessoas que merecem um diferente destaque e particular menção:

- Ao Miguel, por existir, por me compreender e me apoiar nos melhores e nos piores momentos, por acreditar em mim e me incentivar nesta caminhada pessoal e profissional.
- Aos meus pais um obrigado muito especial, por me terem proporcionado sempre todas as condições para a minha evolução académica e sem as quais nunca seria o ser humano que sou.
- À Professora Ana Maria Soares, pelas suas sugestões, pela prontidão na revisão do trabalho, em especial pela disponibilidade, simpatia, incentivo e compreensão demonstrados ao longo deste percurso.

Agradeço ao Hospital da Prelada, pelo seu apoio e pelo seu contributo que foi fundamental na aplicação dos inquéritos e conclusão deste trabalho. O meu reconhecimento também a todos os utentes que responderam ao questionário.

Por último, agradeço a todos aqueles, que com o seu carinho, paciência e amizade em muito me fortaleceram ao longo desta viagem.

Haja saúde!

Obrigada!

RESUMO

A avaliação da satisfação dos utentes está a adquirir uma importância crescente na orientação do planeamento e da gestão dos processos e recursos no setor da saúde. A satisfação dos utentes com os serviços de saúde é uma área complexa e de difícil avaliação mas, ao mesmo tempo incontornável, daí a importância de se saber o que o utente pensa e necessita no enquadramento atual e real.

A revisão da literatura assinala a natureza multifacetada do conceito de satisfação e aponta existência de dois paradigmas principais, para medir a qualidade do serviço, o modelo SERVQUAL de Parasuraman, Berry e Zeithaml e o modelo SERVPERF de Cronin e Taylor, que são úteis para o estudo da satisfação pois a qualidade do serviço é considerada por diversos autores como um antecedente da satisfação (Anderson et al., 1994; Kotler e Armstrong, 1999; Smith e Bolton, 2002).

O presente trabalho de investigação pretende dar o seu contributo para a análise e consequente reflexão sobre o impacto da Cirurgia de Ambulatório na satisfação dos utentes, dado que a Cirurgia de Ambulatório apresenta-se como uma alternativa moderna à hospitalização tradicional, que acarreta menores custos, maior eficiência e ganhos na qualidade assistencial. O estudo do tipo não experimental, descritivo simples e transversal, foi desenvolvido através da aplicação de um inquérito construído com base nas escalas SERVQUAL e SERVPERF e aplicado a uma amostra constituída por 100 indivíduos.

Na sua generalidade o inquérito revelou níveis elevados de concordância e de satisfação. Um dos aspetos que motivou menor satisfação por parte dos utentes foi o atendimento fora do horário marcado e o facto de o serviço não ser prestado no prazo prometido, pelo que se recomenda uma melhor gestão a nível do horário da convocatória para comparecer na instituição.

De acordo com os resultados, a dimensão garantia e segurança é considerada pelos utentes da cirurgia em regime de ambulatório como o melhor atributo do serviço prestado. A tecnologia e empatia é considerada como o atributo com menor relevância na opinião dos utentes.

ABSTRACT

The evaluation of users satisfaction is acquiring increasing importance in guiding the planning and management of processes and resources in the health sector. The users satisfaction with health services is a complex and difficult area assessment, but at the same time unavoidable, hence the importance of knowing what are the users thinks and needs in a real service environment.

The literature review highlights the multi-faceted nature of the satisfaction construct and identifies two major approaches to measure service quality, SERVQUAL and SERVPERF, which are useful for the study of satisfaction as several authors have found that service quality is an antecedent of satisfaction (Anderson et al., 1994; Kotler e Armstrong, 1999; Smith e Bolton, 2002).

The present research intends to contribute to the analysis and consequent reflection on the impact of Ambulatory Surgery in customer satisfaction, as the Ambulatory Surgery is nowadays a modern alternative to traditional hospitalization, which entails lower costs, greater efficiency and quality gains in healthcare. The study of non-experimental kind, simple, cross-sectional, was developed through the application of a survey based on the SERVQUAL and SERVPERF scales and applied to a sample of 100 individuals .

In general the survey revealed high levels of agreement and satisfaction. One of the aspects that caused less satisfaction among users was the fulfillment outside the scheduled time and the fact that the service is not provided in the promised deadline, and it is recommended better management at the time of notice to appear at the institution.

According to the results, the guarantee and security dimension is considered by users of the surgery on an outpatient basis as the most important attribute of service. Technology and empathy was considered as the less important attribute in the users opinion.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO.....	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE	V
LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
I. INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	1
1.2 QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	2
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	3
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – SATISFAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE	5
2.1 INTRODUÇÃO	5
2.2 MARKETING DE SERVIÇOS – DEFINIÇÃO E CARATERÍSTICAS.....	5
2.2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	6
2.2.2 MARKETING DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	8
2.3 SATISFAÇÃO	10
2.3.1 A SATISFAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	10
2.3.2 DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO UTENTE	12
2.3.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE	14
2.3.4 MODELOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE ...	15
2.3.4.1 <i>Modelo SERVQUAL</i>	17
2.3.4.2 <i>Modelo SERVPERF</i>	19
2.3.4.3 <i>SERVQUAL versus SERVPERF</i>	19
2.3.4.4 <i>Adaptação dos modelos ao contexto dos serviços de saúde</i>	22

2.3.4.5	<i>Conclusão</i>	23
III.	ENQUADRAMENTO SETORIAL – A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.....	24
IV.	FASE EMPÍRICA	26
4.1	METODOLOGIA	26
4.1.1	MODELO CONCEITUAL	26
4.1.1.1	<i>Tipo de estudo</i>	27
4.1.1.2	<i>População e amostra</i>	28
4.1.1.3	<i>Instrumento de recolha de dados</i>	29
4.1.1.4	<i>Pré-teste</i>	33
4.1.1.5	<i>Recolha dos dados</i>	33
4.1.1.6	<i>Análise dos dados</i>	34
4.1.1.7	<i>Procedimentos formais e éticos</i>	36
4.2	ESTUDO EMPÍRICO	37
4.2.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
4.2.2	ANÁLISE DAS DIMENSÕES DA VARIÁVEL DEPENDENTE.....	41
4.2.2.1	<i>Análise descritiva</i>	41
4.2.2.2	<i>Análise fatorial</i>	43
4.2.3	VALIDAÇÃO DA ESCALA	47
4.2.3.1	<i>Fiabilidade da escala</i>	47
4.2.3.2	<i>Validade da escala</i>	49
4.2.4	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	54
4.2.5	INFLUÊNCIA DAS DIMENSÕES NA SATISFAÇÃO GLOBAL.....	55
4.2.6	INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA NA SATISFAÇÃO GLOBAL.....	59
4.2.6.1	<i>Género</i>	59
4.2.6.2	<i>Idade</i>	61
4.2.6.3	<i>Estado civil</i>	62
4.2.6.4	<i>Habilitações literárias</i>	64
4.2.6.5	<i>Situação profissional</i>	65
4.2.6.6	<i>Especialidade médica</i>	67
V.	CONCLUSÕES	68
5.1	IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	69

5.2 LIMITAÇÕES E PISTAS PARA ESTUDOS FUTUROS.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INQUÉRITO.....	82
APÊNDICE 2 – INQUÉRITO	85

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

ANOVA – Analysis of Variance

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VIF – Variance Inflation Factor

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura do trabalho	4
Figura 2: Classificação dos serviços	8
Figura 3: Modelo conceitual.....	26
Figura 4: Método de investigação.....	28
Figura 5: Padrão de dispersão dos resíduos - <i>Scatterplot</i>	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Género dos inquiridos.....	38
Gráfico 2: Idade dos inquiridos	38
Gráfico 3: Estado civil dos inquiridos.....	39
Gráfico 4: Habilitações literárias dos inquiridos	39
Gráfico 5: Situação profissional dos inquiridos	40
Gráfico 6: Especialidade médica pela qual os inquiridos foram atendidos	40
Gráfico 7: Gráfico representativo das médias das dimensões da escala e da Satisfação Global	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dicotomia bens versus serviços	6
Tabela 2: Marketing transacional versus Marketing relacional	10
Tabela 3: Itens do questionário SERVQUAL	18
Tabela 4: SERVQUAL versus SERVPERF	21
Tabela 5: Escala usada por Babakus & Mangold (1992)	30
Tabela 6: Escala usada por Dean (1999)	31
Tabela 7: Escala usada no estudo	32
Tabela 8: Caraterização das variáveis independentes	34
Tabela 9: Caraterização das dimensões da variável dependente	35
Tabela 10: Síntese das etapas da análise de resultados	36
Tabela 11: Médias das dimensões da escala e da Satisfação Global	41
Tabela 12: Estatísticas da escala	42
Tabela 13: Teste <i>KMO</i> e Teste de <i>Esfericidade de Bartlett</i>	43
Tabela 14: Variância explicada	44
Tabela 15: Rotação ortogonal <i>Varimax</i>	45
Tabela 16: Nomeação dos fatores	46
Tabela 17: Classificação do <i>Coeficiente de Alpha Cronbach</i>	47
Tabela 18: Coeficientes de <i>Alpha Cronbach</i> da escala original	48
Tabela 19: <i>Coeficientes de Alpha Cronbach</i> da escala pós análise fatorial	49
Tabela 20: Classificação do <i>Coeficiente de Correlação de Pearson</i>	50
Tabela 21: Validade convergente pós análise fatorial - Total das variáveis / Satisfação Global	50
Tabela 22: Validade convergente pós análise fatorial - Satisfação Global / Fatores	51
Tabela 23: Validade discriminante pós análise fatorial - Total das variáveis / Habilitações Literárias ..	52
Tabela 24: Validade discriminante pós análise fatorial - Satisfação Global / Habilitações Literárias ..	53

Tabela 25: Validade discriminante pós análise fatorial - Fatores / Habilitações Literárias	53
Tabela 26: Atributos das dimensões da escala	54
Tabela 27: Estatísticas do <i>Teste de Friedman</i>	55
Tabela 28: Modelo de regressão sobre a variável Satisfação Global.....	55
Tabela 29: Quadrado do Coeficiente de Correlação múltipla R.....	56
Tabela 30: Análise dos Coeficientes da Regressão	56
Tabela 31: Teste <i>ANOVA</i>	57
Tabela 32: <i>Teste de Kolmogorov-Smirnov</i>	58
Tabela 33: Colinearidade	59
Tabela 34: <i>Teste de Mann-Whitney</i> - género	60
Tabela 35: Estatísticas do <i>Teste Mann-Whitney e Wilcoxon</i> para o género	60
Tabela 36: Estatísticas do <i>Teste Mann-Whitney e Wilcoxon</i> para o género	61
Tabela 37: Estatísticas do <i>Teste Kruskal-Wallis</i> - Idade	61
Tabela 38: <i>Correlações Spearman's rho</i> - Idade / Total das variáveis.....	62
Tabela 39: <i>Correlações Spearman's rho</i> - Idade / Satisfação Global	62
Tabela 40: Estatísticas do Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - Estado civil.....	63
Tabela 41: <i>Correlações Spearman's rho</i> - Satisfação Global / Estado civil.....	63
Tabela 42: <i>Correlações Spearman's rho</i> - Estado civil / Total das variáveis.....	63
Tabela 43: Estatísticas do <i>Teste Kruskal-Wallis</i> - Habilitações Literárias.....	64
Tabela 44: <i>Correlações Spearman's rho</i> - Total das variáveis / Habilitações Literárias	64
Tabela 45: <i>Correlações Spearman's rho</i> - Habilitações Literárias / Satisfação Global.....	65
Tabela 46: Estatísticas do <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> - Situação profissional	65
Tabela 47: <i>Correlações de Spearman's rho</i> - Total das variáveis / Situação profissional.....	66
Tabela 48: <i>Correlações de Spearman's rho</i> - Situação profissional / Satisfação Global	66
Tabela 49: Estatísticas do Teste <i>Kruskal-Wallis</i> - Especialidade médica	67

*“ The customer's mind is still closed to us;
it is a 'black box' that remain sealed.
We can observe inputs to the box and
the decision made as a result,
but we can never know how
the act of processing inputs truly happens.”*

John E. G. Bateson

I. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

O tema que se intenta investigar surge no âmbito da temática Marketing de Serviços, especificamente no setor da saúde.

Esta temática reveste-se de todo o interesse, por se tratar de um tema atual, de elevado interesse quer académico quer empresarial e representar um fator diferenciador e valor estratégico; uma vez que o setor da saúde tem atualmente, uma importância muito evidente na nossa sociedade, seja em termos económicos, sociais ou meramente mediáticos.

Vivendo no mundo da informação e da tecnologia, atualmente os clientes do setor da saúde estão mais conscientes das suas necessidades e direitos. Os serviços de saúde têm como missão proporcionar serviços e qualidade satisfatórias aos seus utentes, se não o fizerem, são considerados mal sucedidos na implementação das suas funções.

Posto isto, torna-se cada vez mais relevante a necessidade das organizações na área da saúde investirem em ferramentas de marketing para poderem atrair e manter clientes, através da diferenciação perante os seus concorrentes.

O marketing de serviços aplicado ao setor da saúde assume características e desafios particulares, devido à natureza do serviço prestado. Uma vertente importante é a do *marketing relacional* em que o foco central e orientador de todas as suas atenções é o cliente, em que estes deixam de ser apenas números e passam a ser parte integrante da organização. Este tipo de marketing pode ser interpretado como um investimento feito pela organização nos seus clientes, visando como retorno atingir a satisfação e fidelização destes.

Segundo Italiani (2006) é possível atestar que o marketing na área da saúde ainda tem algumas lacunas, pois existem poucos estudos focalizados especificamente neste setor. Contudo, independentemente das características deste setor, todas as organizações, mesmo as sem fins lucrativos explanadas por Kotler (2002), podem usufruir claramente das ferramentas de marketing.

Os diversos atores da área da saúde durante várias décadas optaram pelo isolamento administrativo (Minadeo & Selles, 2006), impelidos pela crença que o sucesso profissional e empresarial resultava exclusivamente da competência no exercício profissional. No entanto, as organizações de saúde estão inseridas num mercado local e global, onde diariamente emergem novos concorrentes, novas tecnologias científicas, em que dominarão aqueles que se diferenciem pela sua qualidade e eficiência.

Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão. É, contudo, igualmente indispensável fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as perceções e as escolhas do utente (Sakellarides, 2003).

A cirurgia em regime de ambulatório, é nos países desenvolvidos a área cirúrgica de maior expansão nos últimos 30 anos (Chung & Mezei, 1999). Este tipo de abordagem da patologia cirúrgica relativamente à cirurgia com internamento, apresenta valores acima dos 50% em países como os EUA (75%), Suécia (70%), Canadá (65%), Reino Unido (60%), Noruega e Dinamarca (61%) e Holanda (58%) e entre os 40 e 50% em outros países como Itália (49%), Finlândia e Austrália (47%) e Bélgica (43%) tendo-se verificado um aumento significativo deste tipo de abordagem desde a década de 70 (Pimentel, Magalhães, Seca, & Torres Lima, 2005; Lemos, 2008). Assim, este trabalho irá analisar a experiência e satisfação do cliente da cirurgia de ambulatório.

1.2 QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Este contexto justifica a necessidade e importância da compreensão da satisfação do cliente da cirurgia de ambulatório.

De forma às organizações de saúde se certificarem de que a sua atuação não se desvia do princípio de orientação para o utente, é fulcral que se incrementem mecanismos de auscultação de opinião e de medição de satisfação dos utentes, sendo este um dos pilares da gestão da qualidade e um dos motivos para a aplicação desta prática.

Desde há alguns anos para cá, em Portugal, existe uma crescente preocupação com a satisfação dos utentes dos serviços de saúde, como indicador válido na avaliação da qualidade. Porém, as investigações realizadas neste âmbito, só agora começam a ter visibilidade e a serem valorizadas pelos gestores, devido ao atual binómio custos/qualidade e à necessária mudança de atuação das instituições de saúde, no sentido de melhorarem continuamente a qualidade dos serviços prestados e manterem a lealdade dos seus clientes/utentes.

Desta forma, define-se a seguinte questão de investigação para este trabalho:

Qual o grau de satisfação do utente da cirurgia de ambulatório?

Considera-se que esta é uma questão relevante para todos os gestores, stakeholders e profissionais que desempenham funções no setor da saúde, em particular nesta área.

Assim, o objetivo primordial deste trabalho focaliza-se, concretamente, na avaliação da satisfação do cliente da cirurgia de ambulatório do hospital em estudo, numa atenta análise, diagnóstico e recomendações que contribuam para elevar a qualidade e satisfação dos utilizadores deste serviço. Adicionalmente, são definidos os seguintes objetivos específicos:

Objetivo 1: Identificar as dimensões de satisfação mais importantes para os utentes.

Objetivo 2: Avaliar o grau de satisfação em relação a diferentes componentes do serviço prestado, tendo por base 5 dimensões: tangibilidade, confiança, prontidão na resposta, garantia e segurança e empatia.

Objetivo 3: Determinar o nível de satisfação global do utente em relação ao serviço prestado.

Objetivo 4: Identificar pontos de melhoria da satisfação do utente.

É de salientar que estes objetivos foram delineados numa lógica de pensamento exploratório e descritivo. Ou seja, visaram a criação de conhecimento novo, permitindo ao investigador uma atitude de descoberta, centrando a produção de resultados basicamente nos participantes. Neste sentido, ficou precocemente claro que a metodologia de investigação apropriada para o estudo seria uma *abordagem quantitativa*, somente desta forma, existe a possibilidade da generalização dos resultados a uma determinada população, podendo realmente contribuir para, num processo *bottom-up*, identificar que ações podem ser mais efetivas para o aumento da satisfação dos utentes.

Além disso, a temática da satisfação é uma área com uma grande tradição de investigação em marketing que tem sido objeto de diversos estudos tendo sido desenvolvidas algumas escalas de medida que poderão ser aplicadas neste setor.

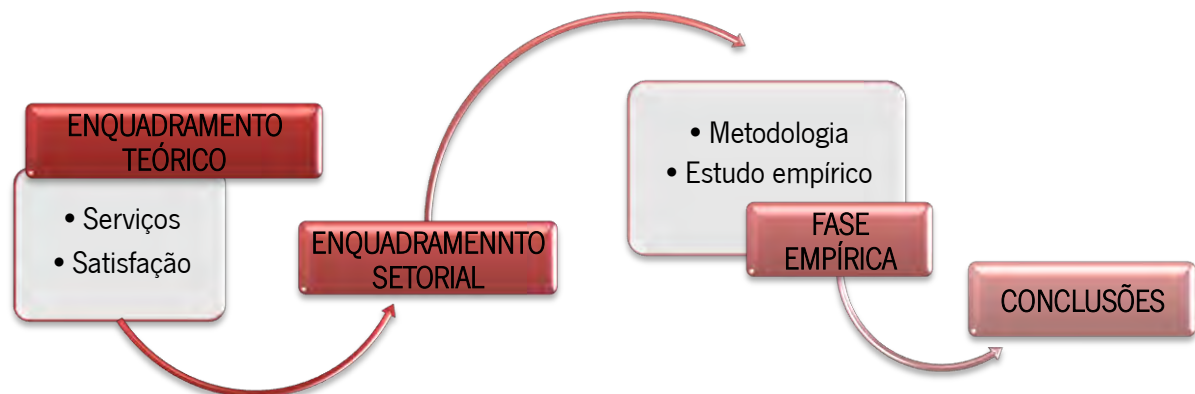
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está organizada da seguinte forma:

Na primeira parte são apresentados os principais conceitos teóricos que sustentaram o estudo. Para o efeito, são expostos os aspetos teóricos inerentes ao conceito de serviços e ao conceito de satisfação do utente de cuidados de saúde, e a forma como essa satisfação tem sido estudada, assim como as suas dimensões. Segue-se a análise dos principais modelos de avaliação da satisfação e a sua aplicação ao setor da saúde.

A segunda parte apresenta o enquadramento setorial e definido. Posteriormente em termos metodológicos, define-se o modelo concetual, o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos éticos inerentes ao processo de recolha de dados. O estudo empírico, inclui a discussão e interpretação dos resultados, numa perspetiva de transferência do conhecimento gerado no estudo, identificando-se pontos fortes e fracos da cirurgia de ambulatório, bem como os fatores de ameaça e de oportunidade para o seu desenvolvimento futuro. Com base nesta matriz interpretativa são propostos mecanismos de forma a estruturar esforços para contrariar os pontos considerados fracos e maximizar aqueles que são referidos pelos clientes como preferenciais e de referência. Trata-se de uma viagem guiada às perspetivas das diferentes personagens deste estudo, sintetizando e analisando as experiências e opiniões recolhidas durante o estudo.

Figura 1: Estrutura do trabalho



Fonte: Elaboração própria

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – SATISFAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE

2.1 INTRODUÇÃO

Os serviços têm um peso considerável na economia atual e também são responsáveis por grande parte da criação de novos empregos (Lovelock & Wirtz, 2006). A competição entre serviços provavelmente nunca foi tão intensa, posto isto, estes devem inovar de forma a oferecerem superioridade competitiva no mercado em que estão inseridos. Avaliar a satisfação dos utentes dos serviços assume, assim, uma importância primordial pois os utentes além de clientes, são doentes e contribuintes, que não devem ser encarados como meros atores passivos do sistema de saúde.

Desta forma, este capítulo tem como finalidade suprir a base teórica que contribua para uma visão mais sólida do setor terciário e das implicações que resultam das suas características para o marketing das organizações que atuam neste setor.

Da análise da literatura sobre o tema, emergem alguns temas que serão seguidamente objeto de análise.

2.2 MARKETING DE SERVIÇOS – DEFINIÇÃO E CARATERÍSTICAS

De acordo com Lovelock e Wright (2001), um serviço é uma atividade que cria valor e proporciona benefícios ao(s) recetor(es) do mesmo. Neste sentido, um serviço só alcança sucesso se criar valor para os seus utilizadores e para o próprio prestador do serviço.

A dicotomia entre bens e serviços tem sido o núcleo da literatura científica neste domínio, isto sugere que existem algumas diferenças entre os bens e serviços, especificamente quanto ao seu marketing, gestão e estratégia de tomada de decisões. Segundo Parasuraman et al.(1985), as diferenças entre os serviços e os produtos podem ser sumariadas em quatro categorias: intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2004) e Grönroos (2000) expuseram as características distintivas dos serviços. (Tabela 1).

Tabela 1: Dicotomia bens versus serviços

BENS	SERVIÇOS
Tangíveis	Intangíveis
Homogêneos	Heterogêneos
Produção e distribuição separada do consumo	Produção, distribuição e consumo simultâneos (Inseparabilidade)
Um objeto	Uma atividade ou processo
Principal valor produzido numa fábrica	Principal valor produzido nas interações entre vendedor/comprador
Cliente (normalmente) não participa na produção	Cliente participa na produção
Podem ser armazenados	Não podem ser armazenados (Perecibilidade)
Propriedade pode ser transferida	Não há transferência de propriedade

Fonte: Adaptado de Grönroos (2000)

De acordo com os autores anteriormente mencionados, os serviços devido às suas características intrínsecas conduzem às seguintes importantes inferências:

- ⇒ a qualidade dos serviços é mais problemática de avaliar que a dos bens;
- ⇒ a própria natureza dos serviços conduz a uma maior variabilidade, o que implica um maior risco;
- ⇒ a atribuição de valor é mais problemática e ambígua.

2.2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

Inúmeros esquemas para classificação dos serviços foram facultados na literatura de marketing (Nelson, 1970; Darby & Karni, 1973; Bowen, 1990; Lovelock C. H., 1983).

Nelson (1970) classifica os serviços em dois tipos: com base em pesquisa versus base em experiência. Características da pesquisa (*search attributes*) reportam-se aos atributos que podem ser avaliados antes da compra, em que os consumidores encontram-se cientes e podem avaliar os atributos. Características da experiência (*experience attributes*) reportam-se a atributos que podem ser interpretados apenas após a compra e consumo.

Posteriormente, pesquisas executadas por Darby e Karni (1973) expandiram a classificação de Nelson para incluir serviços com base na credibilidade (*credence attributes*), em que os consumidores não podem avaliar a sua qualidade, mesmo após a compra e imediato consumo de bens (Nelson, 1974).

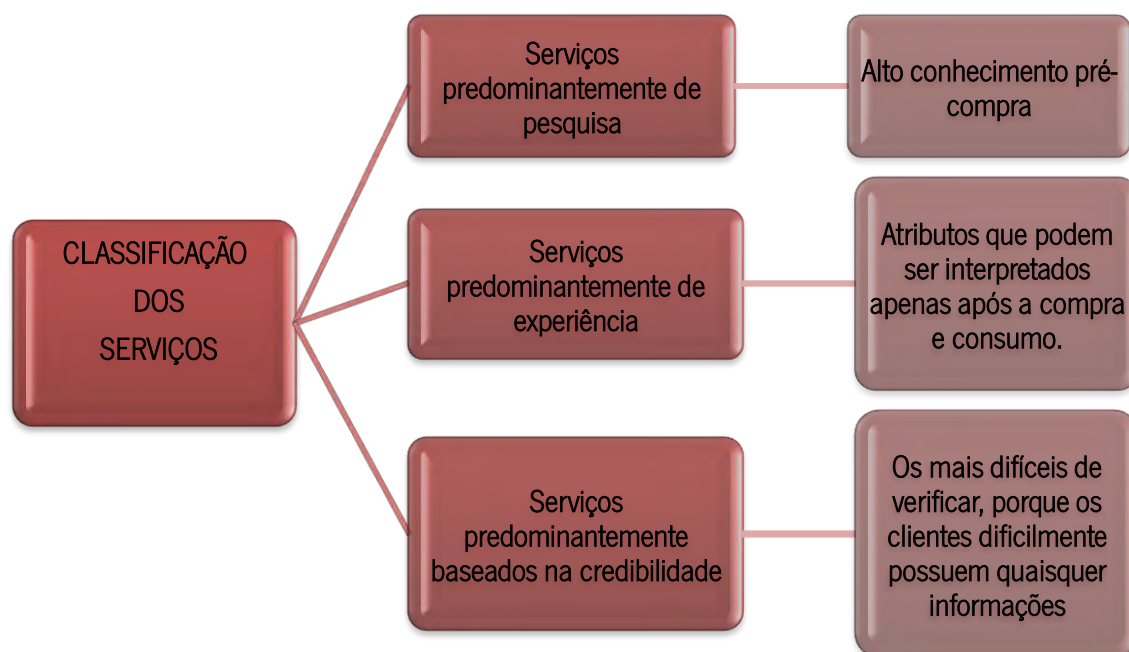
Devido ao interesse crescente no setor dos serviços, o conceito das dimensões de pesquisa, experiência, e credibilidade também foram adaptadas por estudiosos no campo do marketing de serviços (Arnold, Hoffman, & McCormick, 1989; Guiltinan, 1987; Ostrom & Iacobucci, 1995; Zeithaml, 1981). No entanto, com a exceção de Ostrom e Iacobucci (1995), muito pouca pesquisa empírica examinou as características fundamentais subjacentes distinguindo serviços com base na experiência, pesquisa, e credibilidade. Assim, os serviços podem ser classificados em três tipos: com base em pesquisa; com base em experiência, e com base em credibilidade (Figura 2).

Os serviços com atributos predominantemente de pesquisa são mais fáceis de avaliar, antes mesmo de ter começado as operações de serviço (Zeithaml, 1981). Os clientes estão bem cientes das suas expectativas em relação ao serviço e das suas necessidades, e antes mesmo da prestação do serviço, as especificações de serviço são bem definidas. Portanto, pode-se afirmar que a avaliação do cliente em serviços de pesquisa dependerá da validade e confiabilidade do serviço.

Serviços predominantemente baseados na experiência, são mais complicados de verificar, porque o serviço necessita ser consumido antes da verificação ser exequível (Zeithaml, 1981). Neste caso, só após a prestação do serviço é que os clientes poderão comparar as suas expectativas pré-compra do serviço com as experiências pós-compra.

Serviços predominantemente baseados em credibilidade (tais como serviços legais ou médicos) são os mais difíceis de verificar, porque os clientes dificilmente possuem quaisquer informações, pistas ou normas especificadas para avaliar o resultado real do serviço (Darby & Karni, 1973; Zeithaml, 1981). Este é tipicamente o caso de serviços altamente especializados ou serviços que só ocorrem uma ou duas vezes na vida. Serviços baseados em credibilidade (como o caso dos serviços de saúde) são difíceis de verificar, porque eles muitas vezes não têm evidências físicas do processo do serviço (Bebko, 2000).

Figura 2: Classificação dos serviços



Fonte: Adaptado de Mitra, Reiss, & Capella, 1999

2.2.2 MARKETING DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Serviços de saúde refletem várias características comuns a outros serviços. Eles são, na sua essência, intangíveis, em que os principais benefícios derivam principalmente de desempenhos. A saúde frequentemente combina serviços intangíveis apoiados por bens (por exemplo, a cirurgia numa sala de operação bem equipada) e bens tangíveis apoiados por serviços intangíveis (por exemplo, produtos farmacêuticos e serviços de farmácia). Os serviços de saúde combinam trabalho e habilidade técnica, contribuindo para uma variabilidade considerável no desempenho dos diversos profissionais. A variabilidade não reside apenas no estilo de serviço, mas também nas habilidades técnicas dos profissionais

Como os serviços de saúde são prestados para as pessoas, em vez de para a propriedade das pessoas, normalmente são inseparáveis. Os clientes devem estar fisicamente presentes, onde o serviço é prestado (como um consultório médico ou hospital) quando o médico ou enfermeiro está disponível para entregar o serviço. Inseparabilidade pode representar uma dificuldade em clientes idosos, ou inconvenientemente localizados, e que muitas vezes gera frustração nos clientes que podem ter longos períodos de espera para receber o serviço.

Similarmente à maioria dos outros serviços, a saúde é perecível. As organizações de saúde criam valor através do tempo, pessoal e conhecimentos, equipamentos e espaço físico. Quando estes recursos não são usados, o valor que poderia ter sido criado, perece.

Análogo à utilização de outros serviços técnicos, tais como os serviços de reparação ou de avaliação, os clientes estão em considerável desvantagem de conhecimento quando usam serviços de saúde. Parasuraman et al. (1985) apresentaram três características fundamentais dos serviços, nomeadamente dos serviços hospitalares:

- ⇒ simultaneidade: são consumidos quase simultaneamente ao instante em que são produzidos, tornando muito difícil detetar e corrigir falhas antes que elas ocorram e afetem o cliente;
- ⇒ intangibilidade: representam um produto não-físico - não podem ser transportados e/ou armazenados, tornando-se perecíveis. Assim, procedimentos operatórios urgentes em geral não podem ser remarcados para outra ocasião, sob pena de danos à saúde do cliente;
- ⇒ heterogeneidade: a grande variedade de serviços e o forte relacionamento com o fator humano dificultam a padronização e estimação de preços.

Perante as características específicas dos serviços de saúde mencionadas anteriormente, e porque atualmente os hospitais enfrentam a concorrência de outras organizações de prestação de cuidados de saúde, a aplicação de princípios de marketing na saúde requer uma consideração especial.

Quando falamos em marketing na área da saúde é inevitável falar em *marketing relacional*. O *marketing relacional* refere-se a todas as atividades de marketing direcionadas para a criação, desenvolvimento e manutenção de relacionamentos com clientes; emerge e desenvolve-se a partir das reflexões que têm sucedido nas distintas extensões do marketing e como resultado de diferentes correntes ou linhas de investigação. Num mercado caracterizado pelo exagero de similaridade entre empresas e produtos, o diferencial do *marketing relacional* é a capacidade de ser algo a mais onde tudo o resto é igual.

Na definição de *marketing relacional*, apresentada por Berry (1983), que ainda hoje possui um elevado nível de aceitação entre os investigadores, considera-se que o *marketing relacional* consiste em atrair, manter e intensificar as relações com os clientes. As principais diferenças entre a abordagem do *marketing transacional* face ao *marketing relacional* são sintetizadas, na Tabela 2, por Christopher, Payne e Ballantine (1994) e Payne et al. (1998).

Tabela 2: Marketing transacional versus Marketing relacional

Marketing transacional	Marketing relacional
Ênfase nas vendas individuais	Ênfase na retenção dos clientes
Ênfase nas características dos produtos	Ênfase no valor do cliente
Visão a curto prazo	Visão a longo prazo
Pouca ênfase no serviço ao cliente	Grande ênfase no serviço ao cliente
Contato descontínuo com o cliente	Contato contínuo com o cliente
Baixo nível de compromisso com os clientes	Elevado nível de compromisso com os clientes
Nível moderado de contatos com o cliente	Nível elevado de contatos com os clientes
A qualidade é uma preocupação do pessoal da produção	A qualidade é uma preocupação de todo o pessoal Marketing

Fonte: Adaptado de Christopher, Payne e Ballantine (1994) e Payne et al.(1998)

2.3 SATISFAÇÃO

Satisfação originário do latim *satisfactio*, segundo o Dicionário de Língua Portuguesa significa “ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria”. Designa saciedade, sentimento de bem estar ou contentamento que emerge como consequência da realização do que se espera e/ou deseja.

Alguns autores consideram a satisfação como uma emoção (Mano & Oliver, 1993; Westbrook, 1980; Woodruff, Cadotte, & Jenkins, 1983), outros como uma mera comparação cognitiva (Bloemer & Kasper, 1995; Churchill & Suprenant, 1982) e ainda outros como um processo cumulativo, isto é, simultaneamente emocional e cognitivo (Oliver, 1980).

2.3.2 A SATISFAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Ferreira et al. (2005), a missão de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é a satisfação das necessidades objetivas e subjetivas dos seus utilizadores efetivos ou potenciais. O conceito de “satisfação dos utentes”, apesar de amplamente referido, não tem sido devidamente definido e clarificado, quer pelos investigadores, quer pelos próprios utentes. Mack et al (1995) salientam que a proliferação de tentativas de definição não passam disso mesmo: tentativas.

O conceito de “satisfação do utente” numa perspetiva teórica refere-se às diversas reações do utente face à experiência dos cuidados de saúde. É um termo difícil de definir pois reveste-se de uma natureza subjetiva, já que se tenciona obter a perspetiva do utente relativamente aos cuidados de saúde prestados (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001; Fortuna et al., 2001). Como referem Fortuna et al. (2001), um dos mitos que envolvem a satisfação dos utentes é o facto de se tratar de uma noção pouco palpável e que não pode ser medida. No entanto, devido ao crescente interesse e exigência nesta área vários autores se têm debruçado sobre esta temática.

São várias as definições e níveis de análise que se podem encontrar na literatura sobre a satisfação do utente. Linder-Pelz (1982) afirma que a satisfação dos utentes é uma postura individual, resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões de cuidados de saúde. Esta deve ser compreendida dentro de um determinado contexto no qual um conjunto de elementos pode ser mais ou menos satisfatório para o próprio utente.

Segundo Greene, Mamlin, & Weinberger (1980), a satisfação encontra-se diretamente relacionada com a forma como as expetativas dos cuidados são percebidas pelos utentes. Como tal, a satisfação define-se através de um elaborado processo psicossocial que abrange as expetativas dos utentes, o produto dos cuidados, as experiências prévias e as expetativas relativamente à cura ou recuperação. Deste modo, o conceito de satisfação pode ser definido como o cumprimento das expetativas e necessidades dos utentes de acordo com a sua perspetiva.

De acordo com John (1992), a satisfação do utente corresponde a uma reação emocional dada em consonância com a avaliação que este faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito (qualidade percebida). Como tal, essa resposta emocional é determinada pela confirmação ou infirmação das suas expetativas.

Indo de encontro às várias definições apresentadas, Carr-Hill (1992) declara que a satisfação humana é um conceito complexo relacionado com um grande número de fatores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expetativas futuras e valores individuais e da sociedade. Perante isto, a satisfação pode ser medida através das perceções dos utentes e é definível enquanto resultado de uma avaliação positiva de diversas dimensões dos cuidados de saúde ou como reação a aspetos específicos dos cuidados prestados.

Como se pode constatar, existem várias definições deste conceito mas, comum a todas estas conceções, é a definição da satisfação do utente como o resultado das diferenças entre as expetativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre, 2001). Logo, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a perceção dos serviços face às expetativas prévias.

De acordo com Minayo et al (2000), a satisfação do utente é uma importante medida de qualidade de cuidados de saúde que contribui para uma avaliação da estrutura, processos e resultados obtidos dos vários serviços de saúde prestados por uma entidade. Muitos fatores coadjuvam para a satisfação do utente, tais como: a acessibilidade e conveniência de serviços, estrutura institucional, relações interpessoais, competência dos profissionais de saúde e as próprias expetativas e preferências dos utentes.

Embora o conceito de satisfação do utente não seja em certa medida consensual, parece haver acordo no que concerne à natureza multidimensional do mesmo, ou seja os utentes possuem opiniões muito distintas sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções importantes: o aspeto técnico do cuidar e o aspeto humano ou interpessoal do cuidar (Pereira et al., 2001).

2.3.3 DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO UTENTE

De acordo com Santos et al. (2007) a satisfação do utente tem sido estudada quer como variável dependente, resultante da qualidade da prestação do serviço de saúde; quer como variável preditor da efetividade dos cuidados de saúde. Desta forma, o utente de serviços de saúde não se afigura como mero espetador, é um agente ativo no processo de satisfação e que faz com que a satisfação seja um processo dinâmico por oposição a um produto. A satisfação é um processo, em todas as fases, afetado por outras variáveis (Santos, et al., 2007):

- ⇒ crenças;
- ⇒ aprendizagens vicariantes;
- ⇒ perceção do estado de saúde e perceção de doença;
- ⇒ traços da personalidade e padrões comportamentais do utente - por exemplo, otimismo ou pessimismo, estilo extrovertido ou introvertido, afetividade, estabilidade emocional, impulsividade, padrão comportamental, etc.;

- ⇒ competências interpessoais (estilos de comunicação – assertiva , passiva ou agressiva, ansiedade social, etc.).

A satisfação com os cuidados de saúde resulta assim num conceito multidimensional, sendo uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde(Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre, 2001).

Os resultados encontrados na literatura quanto a este conceito são divergentes, indicando baixa consistência entre as pesquisas. As dimensões da satisfação englobam aspetos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos da relação médico-paciente, entre outros (Gill & White, 2009; Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002; Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre, 2001).

Trad L. et al. (2002) destacam as seguintes dimensões:

- ⇒ necessidades,
- ⇒ cognitiva,
- ⇒ relacional,
- ⇒ organizacional e
- ⇒ profissional.

Por seu lado, Linder-Pelz (1982) identificou dez dimensões da satisfação do utente:

- ⇒ acessibilidade;
- ⇒ disponibilidade de recursos;
- ⇒ continuidade dos cuidados;
- ⇒ resultados dos cuidados;
- ⇒ financiamento;
- ⇒ humanização;
- ⇒ recolha de informação;
- ⇒ dádiva de informação;
- ⇒ ambiente agradável;
- ⇒ competência.

O trabalho de Weiss (1988) sobre os determinantes da satisfação tem sido bastante citado, após uma revisão extensa de literatura sobre o tema, apresenta quatro grupos principais de determinantes da satisfação:

- ⇒ características dos utentes (incluindo as sócio-demográficas; as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde);
- ⇒ características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado”);
- ⇒ aspetos da relação médico-paciente;
- ⇒ fatores estruturais e ambientais (incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros).

A divisão mais identificada na literatura e a mais frequentemente aceite é a referenciada por Ware et al. (1983). Segundo estes investigadores, a satisfação do utente engloba oito dimensões:

- ⇒ aspetos interpessoais (modo como os prestadores interagem com os utentes: respeito, preocupação, amizade, cortesia);
- ⇒ qualidade técnica do cuidado (competência e adesão a altos critérios de diagnóstico e tratamento);
- ⇒ acessibilidade/ conveniência (tempo de espera, facilidade de acesso);
- ⇒ aspetos financeiros;
- ⇒ eficácia/ resultados do cuidado (melhoria e manutenção da saúde);
- ⇒ continuidade dos cuidados;
- ⇒ ambiente físico (ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável);
- ⇒ disponibilidade (presença de recursos médicos: quantidade suficiente de prestadores).

Assim, apesar de serem bastas as tipologias da satisfação dos utentes encontradas na literatura, as medidas de avaliação disponíveis incidem sobre um limitado número de dimensões. As mais reiteradamente utilizadas são os aspetos pessoais dos cuidados, a qualidade técnica dos cuidados, acessibilidade, disponibilização de cuidados, continuidade de cuidados, comodidade do utente, localização física e eficácia.

2.3.4 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE

De acordo com a revisão da literatura, a satisfação do utente não é um conceito novo, contudo, medir e gerir a satisfação com os serviços do ponto de vista dos consumidores ainda é um aperfeiçoamento e uma questão desafiadora.

A medida da satisfação é um relevante instrumento de pesquisa, administração e planeamento, possibilitando às organizações adaptarem-se ao meio externo envolvente e responder às necessidades tendo em conta o ponto de vista dos seus utilizadores.

Na área da saúde, um dos critérios de sucesso é ter informação sobre em que medida os serviços de saúde conseguem ir de encontro às necessidades dos utentes. Segundo Ferreira et al. (2003), de entre os vários intervenientes que utilizam os serviços de saúde, o utente assume um papel elementar, pois é quem recebe diretamente os cuidados e quem pode efetuar uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses mesmos cuidados.

A avaliação da satisfação dos utentes assume duas importantes funções: dá voz aos utentes e funciona como indicador de qualidade.

2.3.5 MODELOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Múltiplos estudos sobre a satisfação do utente têm sido reportados nos recentes anos, onde são utilizadas diferentes metodologias, com vários tipos de questionários e escalas utilizadas de acordo com a finalidade e âmbito do estudo.

Os métodos quantitativos são os mais utilizados, principalmente os questionários ou os inquéritos populacionais. Estes incluem a aplicação de questionários com questões fechadas e associam as questões a uma escala de valores, para mensurar as respostas e quantificar a satisfação (Aspinal, Addington-Hall, Hughes, & Higginson, 2003). A vantagem destes métodos é permitir uma amostra de utentes mais representativa da população, o que é dificilmente obtido nas outras metodologias. Além disso, são consideradas técnicas de fácil manuseamento, pois podem ser aplicadas anonimamente, dispensando a presença de um investigador ou entrevistador treinado quando o questionário é autoaplicável. Geralmente, são utilizadas escalas e questionários compostos de subitens que englobam questões sobre a estrutura, funcionamento e avaliação da qualidade do serviço de saúde na ótica do utente.

Por outro lado, há autores que consideram os métodos quantitativos reducionistas por não estudarem os dados subjetivos da satisfação (Espiridão & Trad, 2005). Em alternativa, os métodos qualitativos possibilitam que o utente expresse a sua opinião acerca dos serviços de saúde a partir de um leque mais amplo de posições, o que poderá resultar melhor no caso de grupos de difícil acesso, como por exemplo os pacientes idosos (Espiridão & Trad, 2005).

Aspina et al. (2003) referem, contudo, que os métodos qualitativos podem inibir o utente já que requerem a presença do investigador ou entrevistador, o que pode comprometer a honestidade das respostas devido ao medo. Além disso, estes métodos são mais dispendiosos a nível de tempo e podem tornar-se cansativos para utentes mais debilitados.

Relativamente aos instrumentos utilizados para a avaliação da satisfação do utente, os estudos de revisão questionam a validade e confiabilidade dos mesmos. Existem numerosos instrumentos de medida da satisfação, mas há pouco consenso sobre a escolha dos mesmos. Por outro lado, grande parte dos instrumentos utilizados são elaborados pelo próprio investigador, não existindo padronização no mesmo país, o que dificulta a comparação dos resultados (Espiridão & Trad, 2005).

Constata-se, então, que existem vários métodos, técnicas e instrumentos, cada qual com as suas vantagens e desvantagens, não existindo consenso entre os investigadores relativamente às estratégias metodológicas na avaliação da satisfação dos utentes. Assim, a avaliação da qualidade percebida tem sido usada muitas vezes como uma abordagem da avaliação da satisfação.

Freitas e Cozendey (2008) assinalam o SERVQUAL (criado por Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985, 1988) e o SERVPERF (criado por Cronin e Taylor, 1992) como os dois modelos conceituais de instrumentos mais focados para mensuração da qualidade em serviços nos últimos anos. O primeiro exemplo, também apelidado de modelo Gap Analysis, sugere que os clientes percebem a qualidade como um desvio entre as expectativas originais e o serviço que é realmente recebido (Maia, Salazar, & Ramos, 2007). Por outro lado o SERVPERF, desenvolvido a partir da escala SERVQUAL, baseia-se somente na perceção de desempenho dos serviços (Salomi, Miguel, & Abackerli, 2005).

2.3.5.1 Modelo SERVQUAL

O modelo SERVQUAL, é um dos modelos mais utilizado para a avaliação das expectativas dos utentes e suas percepções da qualidade dos serviços. Parasuraman, Zeithalm e Berry (1988, 1990) desenvolveram o Modelo SERVQUAL, utilizando como princípio para a elaboração da pesquisa a ideia de comparar o desempenho real de um serviço, face a um serviço ideal. O SERVQUAL é um instrumento de diagnóstico, classificado como um instrumento que permite compreender as expectativas e percepções dos utilizadores de um serviço, possibilitando assim identificar áreas de força e fraqueza na disponibilização dos serviços.

O SERVQUAL é composto por múltiplos itens e que abrange cinco dimensões: elementos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Este instrumento é constituído por um conjunto de itens que recolhe as expectativas prévias à prestação do serviço e a percepção após a prestação do serviço (Tabela 3).

O instrumento SERVQUAL é constituído por duas partes em que são realizadas perguntas para cada determinante, uma para registar as expectativas dos clientes em relação ao serviço e outra parte para registar as percepções dos clientes, tendo em conta em ambas as partes as cinco dimensões referidas. Para a avaliação dos 22 itens de expectativas e de percepções é utilizada uma escala do tipo Likert de 7 pontos, variando de discordo totalmente(1) para concordo totalmente (7). No final é gerada uma pontuação que resulta da diferença entre as percepções e expectativas registadas, segundo a fórmula abaixo.

$$\textit{Percepção} - \textit{Expectativa} = P - E = \textit{GAP 5}$$

Os valores obtidos segundo a escala de Likert de 1 a 7 podem oscilar entre -6 e +6, existindo desta forma três possibilidades:

- ⇒ a diferença é positiva ($P > E$), o que significa que a qualidade é considerada positiva e os clientes estão satisfeitos;
- ⇒ a diferença é negativa ($P < E$), o que significa que a qualidade é má e os clientes estão insatisfeitos;
- ⇒ se os valores são iguais ($P = E$), considera-se uma situação em que o cliente recebe aquilo que esperava.

Parasuraman et al. (1985) defendem que a escala SERVQUAL apenas serve para medir a qualidade do serviço e não a satisfação do cliente.

Tabela 3: Itens do questionário SERVQUAL

Atributos qualidade	Item	Aspeto validado
Elementos Tangíveis	1	Equipamentos de aspeto moderno
	2	Instalações físicas visualmente atrativas
	3	Boa apresentação dos colaboradores
	4	Elementos tangíveis atrativos
Fiabilidade	5	Cumprimento de promessas
	6	Interesse na resolução de problemas
	7	Realização do serviço bem à primeira vez
	8	Realização do serviço no tempo prometido
	9	Não cometer erros
Capacidade de Resposta	10	Colaboradores comunicativos
	11	Colaboradores rápidos
	12	Colaboradores dispostos a ajudar
	13	Colaboradores que respondem
Segurança	14	Colaboradores que transmitem confiança
	15	Clientes seguros com o seu fornecedor
	16	Colaboradores amáveis
	17	Colaboradores com boa formação
Empatia	18	Atenção individualizada ao cliente
	19	Horários convenientes
	20	Atenção personalizada dos colaboradores
	21	Preocupação com o interesse dos clientes
	22	Compreensão pelas necessidades dos clientes

Fonte: Adaptado de (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1993)

2.3.5.2 Modelo SERVPERF

De acordo com Cronin & Taylor (1992), a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente, e essa satisfação tem efeito significativo nas intenções de compra. Estes autores contestam a conceptualização da satisfação e o modelo SERVQUAL e propõem um instrumento modificado, designado por SERVPREF, segundo o qual a qualidade do serviço é igual ao desempenho.

Esta escala SERVPREF procura superar as limitações relativas à utilização das expectativas, devido à falta de consenso relativamente ao tipo e nível de expectativas a utilizar.

O instrumento SERVPERF é uma escala mais concisa segundo os seus autores, baseada exclusivamente na atribuição de valor às percepções. Esta escala utiliza 22 itens relacionados com as percepções que foram retirados diretamente da escala SERVQUAL, em que a medida da satisfação e intenção futura do cliente, consiste na resposta a uma questão diferencial em que se atribui um valor numa escala de Likert de 7 pontos.

2.3.5.3 SERVQUAL versus SERVPERF

O instrumento SERVQUAL é muito difundido e referenciado na literatura, o SERVPERF é referenciado como o que apresenta os melhores índices de confiabilidade, além de apresentar um questionário mais reduzido. As duas escalas têm sido objeto de diversas avaliações que revemos nesta seção.

A escala SERVQUAL, tem sido matéria de ampla contestação e de forte controvérsia científica ainda não encerradas (Bojanic & Rosen, 1993; Fick & Ritchie, 1991; Heung, Wong, & Qu, 2000; Saleh & Ryan, 1991), pelo que emergiram novas conceitualizações e escalas opcionais. A escala tem sido alvo de críticas, revisões e limitações ao longo do tempo, de acordo com Buttle (1996) podem ser agrupadas em críticas alusivas à conceção e críticas alusivas à operacionalização.

A nível conceitual foram identificadas as seguintes críticas:

- ⇒ uso do paradigma da desconfirmação: segundo Cronin e Taylor (1992) o SERVQUAL está apoiado no paradigma da desconfirmação em lugar de um paradigma de atitude;
- ⇒ orientação para o processo: segundo Buttle (1996) o SERVQUAL centraliza-se no processo de entrega do serviço, e não nos resultados do encontro do serviço;
- ⇒ dificuldades na diferenciação entre qualidade percebida e satisfação;

- ⇒ dimensionalidade do constructo: as cinco dimensões podem não ser tão universais conforme os autores tinham predito, o número de dimensões têm que se moldar a cada serviço específico (Babakus & Boller, 1992; Bigné, Martínez, Miquel, & Belloch, 1996; Brown, Churchill, & Peter, 1993; Buttle, 1996; Carman, 1990; Oliver, 1993);
- ⇒ existe pouca clareza na avaliação baseando-se no GAP (Buttle, 1996; Cronin & Taylor, 1992).

As críticas a nível operacional baseiam-se em:

- ⇒ tipo de expetativas a utilizar: o conceito de expetativas não está concetualmente claro na escala SERVQUAL (Teas, 1993; Teas, 1994);
- ⇒ utilização de pontuações resultantes de diferenças: segundo Brown et al. (1993) pode originar problemas de fiabilidade e validade da escala;
- ⇒ inconsistência dos momentos de verdade: os valores atribuídos pelos clientes podem variar de uma prestação para a outra (Buttle, 1996);
- ⇒ as duas etapas da escala: podem ocasionar fadiga e confusão (Babakus & Boller, 1992; Buttle, 1996; Carman, 1990).

Assim, este modelo é considerado por vários pesquisadores (Buttle, 1996; Babakus & Boller, 1992) como pouco apropriado para medir a qualidade do serviço e consequentemente a satisfação do cliente.

De acordo com Cronin e Taylor (1994) a qualidade percebida dos serviços é antecedente à satisfação, e esta tem um impacto significativo nas intenções de compra. Assim, Cronin e Taylor (1992), sugerem a supressão da medição das expetativas e propõem a escala SERVPERF como alternativa à SERVQUAL.

Oliveira et al. (2006) enumeram as principais características da escala SERVPERF:

- ⇒ deriva da SERVQUAL;
- ⇒ a componente expetativa da SERVQUAL foi eliminada mantendo-se os 22 itens para a percepção;
- ⇒ escala Likert de 7 pontos;
- ⇒ não utilização do Gap analysis da SERVQUAL;
- ⇒ redução de 50% dos itens em relação à SERVQUAL.

Embora os instrumentos SERVQUAL e SERVPERF sejam constituídos pelas mesmas dimensões da qualidade, estes obtêm a avaliação da qualidade do serviço de forma diferente. O SERVQUAL avalia a qualidade do serviço tendo em consideração a discrepância entre as expectativas e as percepções a partir de 44 itens, ou seja, 22 itens em cada secção. Em contrapartida, o SERVPERF avalia a qualidade do serviço com base apenas nas percepções dos clientes, através de 22 itens.

Apesar de os trabalhos apresentados demonstrem que cada um dos modelos é suportado teoricamente e adequado para as aplicações propostas, pode-se afirmar que não existe ainda um consenso na literatura sobre qual modelo é mais apropriado. Alguns trabalhos empíricos, como o de Lee et al. (2000), apontam que o modelo SERVPERF retrata melhor a qualidade de serviços que o modelo SERVQUAL.

Tabela 4: SERVQUAL versus SERVPERF

AUTOR	MODELO	CARACT. PRINCIPAIS	CONCLUSÕES PRINCIPAIS	ÁREA APLICAÇÃO
Parasuraman et al. (1985, 1988)	SERVQUAL	22 itens distribuídos em 5 dimensões da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - a qualidade de serviços pode ser quantificada - determina 5 dimensões genéricas para todos os tipos de serviços - a qualidade dos serviços é a diferença entre expectativas e desempenho ao longo das dimensões. 	Diversos tipos de serviço
Cronin & Taylor (1992)	SERVPERF	Usa as 5 dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et. al (1988)	<ul style="list-style-type: none"> - avaliação de qualidade de serviços é melhor representada pelo desempenho ao longo das dimensões 	Diversos tipos de serviço

Fonte: Elaboração própria

2.3.5.4 Adaptação dos modelos ao contexto dos serviços de saúde

Segundo Singh (1990), a avaliação por parte do utente/cliente quanto à percepção da qualidade de serviço não é uma avaliação técnica, sobrevaloriza os aspetos hoteleiros e desvaloriza os respeitantes às políticas de qualidade.

Ramsaran-Fowdar (2005) defende o uso de sete dimensões para o estudo da qualidade percebida e da satisfação para com os serviços de saúde: confiança; recetividade/capacidade de resposta/segurança; empatia; aspetos tangíveis; aspetos médicos do serviço e profissionalismo e competências. O autor em causa alicerça a sua análise nos modelos SERVQUAL e SERVPERF, acrescentando duas dimensões para além das já referidas no ponto 6.4.1. instrumento SERVQUAL; contudo, assume as falhas deste modelo.

Tendo em conta as particularidades dos serviços de saúde, existem poucos instrumentos que avaliam a satisfação do utente. Várias teses existem baseadas na escala SERVQUAL/SERVPERF, embora criticadas quanto à validade (Maia, Salazar, & Ramos, 2007; Salomi, Miguel, & Abackerli, 2005; Jain & Gupta, 2004). Ainda assim, estas medidas têm sido amplamente utilizadas na avaliação da qualidade percebida dos serviços de saúde a nível hospitalar, sendo muitas vezes modificadas quanto às dimensões originais.

De acordo com Maia et al. (2007), a escala SERVQUAL apenas serve para medir a qualidade do serviço, não servindo para mensurar a satisfação do utente. Assim, a escala SERVQUAL, deu lugar à escala SERVPERF que contempla apenas a percepção do desempenho dos serviços, ignorando a expectativa do desempenho (Salomi, Miguel, & Abackerli, 2005). De acordo com Jain & Gupta (2004) diversos autores (Boulding et al. 1993; Gotlieb et al. 1994; Hartine & Ferrell 1996; Brady et al. 2002; Dabholkar et al. 2000), corroboraram a utilização da escala SERVPERF.

Autores como Babakus & Boller (1992), Buttle (1995) e Salazar (2000), preconizam que a informação obtida pelo modelo SERVQUAL não adiciona dados à informação obtida pelo modelo SERVPERF.

2.3.5.5 Conclusão

O estudo da satisfação do cliente tem uma vasta presença na literatura, existindo numerosas investigações que têm vindo a ser realizadas desde há cinco décadas sobre este constructo (Skogland e Siguaw, 2004), verificando-se uma diversidade de opiniões na investigação e na operacionalização dos diversos conceitos ao desenvolvimento do tema.

Na revisão da literatura apura-se a existência de dois paradigmas principais, para medir a qualidade do serviço: o modelo SERVQUAL de Parasuraman, Berry e Zeithaml e o modelo SERVPERF de Cronin e Taylor; ambos representam uma grande contribuição na investigação sobre qualidade de serviço e consequentemente na satisfação do cliente, apurando-se a utilidade deste tipo de ferramenta no estudo do conceito da satisfação, na medida em que a qualidade é considerada por diversos autores como um antecedente da satisfação (Anderson et al., 1994; Kotler e Armstrong, 1999; Smith e Bolton, 2002).

Enfatiza-se ainda, a considerável vantagem da utilização da escala SERVPERF pela redução das questões a serem respondidas pelos entrevistados, simplificando bastante a operacionalização da pesquisa e, também, evitando a desmotivação do inquirido devido ao grande número de questões.

Os estudos de satisfação realizados em Portugal são muito heterogéneos, diferindo grandemente; tanto em termos das metodologias utilizadas, como das dimensões de satisfação em análise e mesmo dos tipos de instituição de saúde sob avaliação. Verifica-se também que, em Portugal, os estudos de satisfação têm sido muito pouco aproveitados por parte das estruturas organizacionais e normativas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços prestados, revelando-se apenas como pontos de reflexão isolados, sem impacto na melhoria do sistema (Noronha Filho, 1990). Em suma, a análise da literatura sobre esta temática realça a sua atualidade e, simultaneamente, a necessidade de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a mesma, que desponta o interesse para o estudo do presente tema.

III. ENQUADRAMENTO SETORIAL – A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Cirurgia de ambulatório é definida como uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, que embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis, em regime de admissão e alta do doente num período inferior a 24 horas (entre as 8 e as 20 horas na maioria dos estabelecimentos). (Diário da República, 1ª série - nº 21 Portaria 132/2009, artigo 3, 2009).

O conceito base da Cirurgia de Ambulatório foi introduzido por James Nicoll (1909) nos finais do século XX, com seu trabalho no Hospital Infantil e Dispensário em Glasgow, Escócia. A “cirurgia de um dia” (Day Surgery) foi um conceito que lhe permitiu operar e dar alta, no mesmo dia, a clientes com diversas patologias. No entanto, o seu relatório levou a escassos progressos imediatos, principalmente devido à inércia profissional e oposição (Jarrett e Staniszewski 2006). Apesar de ter conseguido resultados estupendos com a sua equipa, o conceito foi um pouco esquecido até David Cohen e John Dillon (1966), americanos da Universidade da Califórnia, terem reintroduzido o conceito.

A crescente implementação deste modelo, sobretudo em países desenvolvidos, permitiu constatar que o tratamento cirúrgico de muitos dos clientes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sociais e familiares, económicos e psicológicos para o cliente, para além de reduzir os custos.

A centralização da medicina no utente e as alterações organizacionais que isso implica, possuem múltiplas vantagens inerentes: menor taxa de complicações pós-operatórias (dor, trombo-embolismo, infeção nosocomial), criação de menos stress aos utentes, possibilidade de recuperação no ambiente familiar, regresso precoce às suas atividades diárias (vida familiar e atividade profissional) e um aumento da acessibilidade dos doentes à cirurgia.

Em Portugal, a prática da cirurgia em regime de ambulatório, tem uma história curta, remontando ao início da década de 90 quando algumas instituições hospitalares procuraram desenvolver programas organizados neste regime cirúrgico. No nosso país, o crescimento é significativo e sustentado, acentuando-se nos últimos anos da última década como demonstrado no IV Inquérito Nacional de Cirurgia de Ambulatório realizada pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), onde se verificou que em 2006, 27,2% de toda a atividade cirúrgica programada foi realizada em regime de ambulatório (79.067 cirurgias num total de 290.893), contra os 22,5 % verificados em 2005 (Pimentel e al, 2005; Lemos, 2008).

A cirurgia de ambulatório surge, na atualidade, como resposta para a procura crescente de cirurgias, condicionada, nomeadamente, pelo aumento da população, o que acarreta um aumento da lista de inscritos para cirurgia. Mesmo com a maximização do bloco operatório, encontramos a limitação do número de camas disponíveis para internamento, acarretando que o tempo de espera para cirurgia ultrapasse os limites do considerado razoável. Com a aparição da cirurgia de ambulatório pretende-se diminuir a lista de inscritos para cirurgia com segurança e qualidade.

Perante a realidade atual do nosso Sistema Nacional de Saúde, já é um dado reconhecido pelas Administrações Hospitalares que a cirurgia de ambulatório é uma das melhores opções para aumentar a eficiência das suas organizações, já que contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com sequentes benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos para o utente, para além de, eventualmente, reduzir os custos. Deste modo, podemos inferir que a cirurgia de ambulatório é das poucas abordagens inovadoras em saúde em que todos os elementos retiram benefícios: o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o Estado (custos), possuindo por isso um potencial que deve ser rentabilizado.

Uma das orientações proposta pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar consiste na expansão da cirurgia de ambulatório, tendo como meta a atingir, em 2015, 70% do total das cirurgias. Esta medida deverá reduzir o peso do internamento no conjunto dos cuidados hospitalares, gerando em simultâneo eficiência e qualidade (Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011). A cirurgia de ambulatório é, atualmente, o grande motor de desenvolvimento porque proporciona cuidados de qualidade, reduzindo o tempo de espera e os custos associados às cirurgias.

Muitas pesquisas se debruçaram sobre a experiência da cirurgia de ambulatório (Barthelsson, Lützén, Anderberg, & Nordström, 2003; Rhodes, Miles, & Pearson, 2006; Gilmartin, 2007). Estudos de satisfação dos utentes também demonstram que a cirurgia de ambulatório é uma escolha popular entre a maioria dos utentes (Tysome & Padgham, 2006; Krishnan, Ntina, Armanious, & Davies, 2007). No entanto, temas comuns a emergir nas pesquisas são de que a cirurgia de ambulatório é stressante, os utentes apreciam ir para casa no mesmo dia, a recuperação leva muito mais tempo do que o esperado e os utentes gostariam de mais apoio profissional após a alta.

Vários estudos têm procurado saber a opinião de utentes submetidos a cirurgia de ambulatório com o intuito de identificar quais as mudanças necessárias para melhoria do serviço. Em alguns estudos, os utentes relacionaram a satisfação com elementos do processo de cirurgia de ambulatório (Barthelsson et al., 2003; Yellen & Davis, 2001).

IV. FASE EMPÍRICA

4.1 METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo descreve-se a metodologia científica aplicada neste estudo, tendo como objetivo identificar e caracterizar o tipo de estudo, identificar a população e amostra e apresentar o instrumento de recolha de dados.

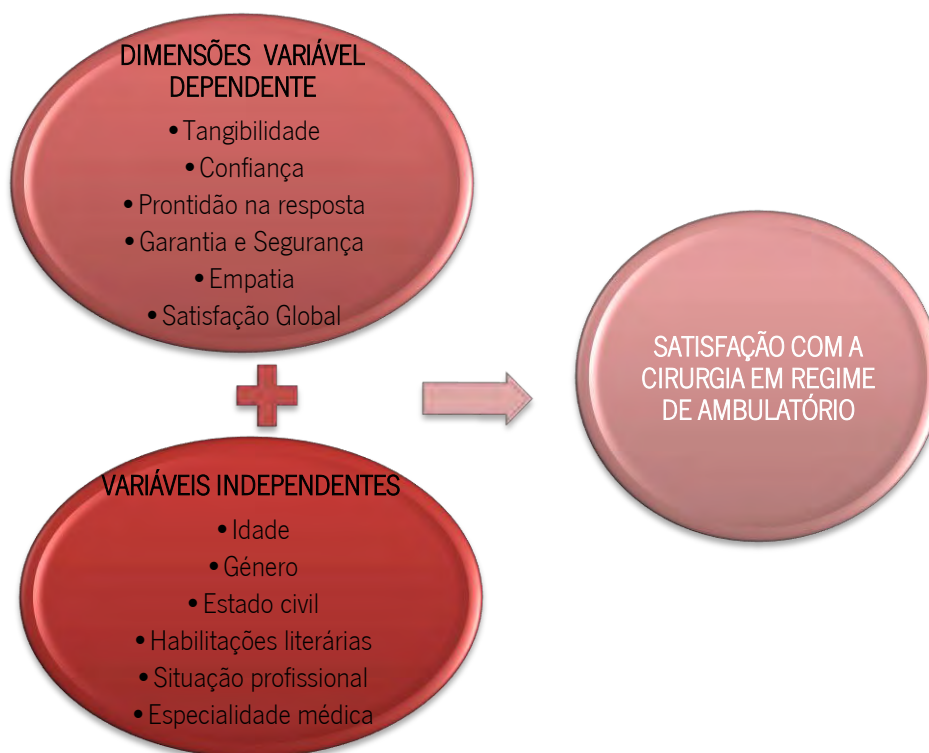
4.1.1 MODELO CONCETUAL

Este estudo teve como questão de partida:

Qual o grau de satisfação do utente da cirurgia de ambulatório?

A revisão da literatura permite formular o seguinte modelo subjacente ao estudo empírico:

Figura 3: Modelo concetual



Fonte: Elaboração própria

4.1.1.1 Tipo de estudo

O presente estudo é do tipo *não experimental, descritivo simples e transversal*, baseado num método de investigação de natureza quantitativa.

À luz das conceções teóricas de Polit et al (2004), um *estudo não experimental* é um estudo onde a manipulação não é tentada, nem tida como desejável e recai sobre o mundo quotidiano e natural dos indivíduos.

De acordo com Fortin (1999), os *estudos descritivos simples* consistem em descrever simplesmente um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta. Nesta linha de pensamento, Carmo e Ferreira (1998), salientam que a investigação descritiva implica estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação; inclui a recolha de dados para testar hipóteses ou responder às questões de investigação.

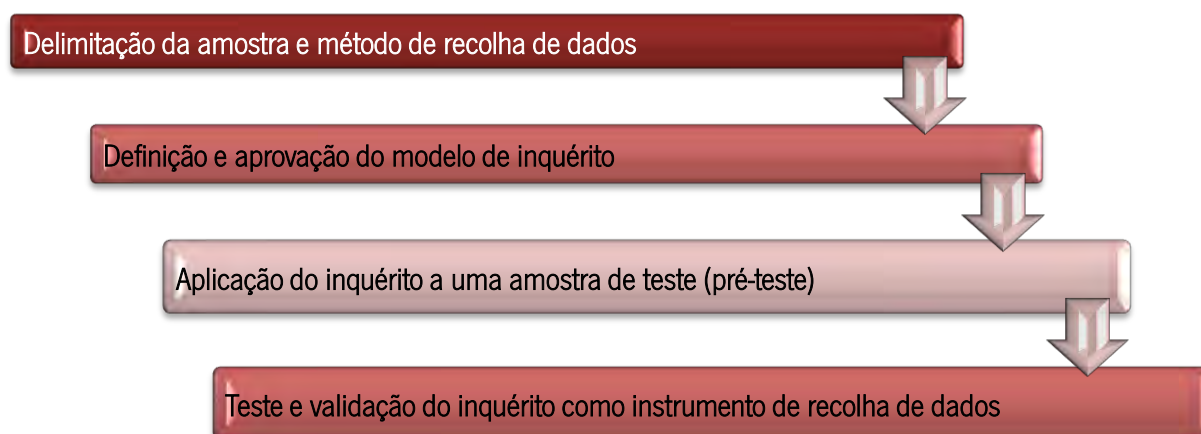
O presente estudo assenta no princípio de representatividade e validade estatística das amostras. É um estudo prospetivo observacional de satisfação de utentes de um serviço de saúde.

Foi aplicado um inquérito por questionário estruturado e presencial. O inquérito é uma técnica de *investigação quantitativa* que permite recolher informação, através de um questionário estruturado e estandardizado. Define-se também pelo conjunto de operações que tem por objetivo a distribuição de determinadas características na totalidade da população, a partir da observação de uma fração dessa população/amostra. O método utilizado foi o questionário aplicado pelo investigador, anónimo, realizado aos utentes da cirurgia de ambatório do Hospital em estudo, dado tratar-se do único método que assegura a representatividade da amostra selecionada ao garantir que a pessoa inquirida corresponde efetivamente à exigida.

As desvantagens subsequentes a este método, globalmente mais demorado do que os baseados em entrevistas telefónicas e potenciadores do não cumprimento das regras pré-estabelecidas para a execução do trabalho, foram tidas em consideração, mas dada a natureza da amostra (alvo de cuidados de saúde), considera-se ser este o método mais indicado.

Assim desenvolveu-se um estudo por questionário, assente em diversas fases de trabalho como demonstra a figura 4.

Figura 4: Método de investigação



Fonte: Elaboração própria

4.1.1.2 População e amostra

De acordo com Vieira (1998), a população-alvo ou universo é constituída por todos os membros de um conjunto real ou hipotético de pessoas, acontecimentos ou objetos, aos quais se pretendem generalizar os resultados de um determinado estudo. A população ou universo deste estudo foram os utentes submetidos a cirurgia em regime de ambulatório.

A seleção de uma amostra é um problema com qual os investigadores se debatem muitas vezes, por haver a possibilidade de se cometerem erros no ato da escolha da amostra levando a que os resultados do estudo não possam ser generalizados ou tenham uma generalização restrita (Vieira, 1998).

De modo a operacionalizar o estudo dentro dos timings pré-definidos e visto que torna-se impraticável estudar todos os elementos da população, focalizou-se a amostra num Hospital Semi-Privado de fácil acesso para o investigador.

Tendo em conta que se realizam uma média de 80 cirurgias por semana, nas condições pretendidas para a amostra, aproximadamente cinquenta semanas por ano, o número de procedimentos efetuados é aproximadamente de 4000/ano. Para um universo de 4000 com um grau de confiança de 95% e um erro máximo de 5%, a amostra recomendada seria de 351 inquéritos.

Dado os timings para a realização deste estudo, considera-se ser possível, mantendo o intervalo de confiança de 95%, aumentar a margem de erro para 10% o que em termos de inquéritos reduz a amostra para 94. Contudo decidiu-se aplicar 100 inquéritos neste estudo, prevendo uma margem de erro de 9,68%, mantendo um grau de confiança de 95%.

O cálculo da dimensão da amostra foi feito através do programa Vovici, da marca Raosoft Inc., disponível online em www.raosoft.com/samplesize.html.

Optou-se por realizar a investigação num único hospital, por motivos de conveniência, interesse profissional e facilidade de acesso concedida, embora tendo em mente a necessidade de distanciamento da realidade vivida para que o estudo fique isento de opiniões pessoais.

4.1.1.3 Instrumento de recolha de dados

Para colmatar a subjetividade inerente ao conceito de satisfação e tendo por base os objetivos definidos para o estudo, optou-se por um inquérito construído com base nos modelos SERVQUAL e SERVPERF, amplamente validados na literatura, tendo-se procedido à sua adaptação à realidade em estudo. Em modos operacionais, intentou-se elaborar um instrumento de fácil aplicabilidade, que possibilitasse avaliar a satisfação dos utentes da cirurgia de ambulatório.

Na literatura encontram-se estudos em que foi aplicado o modelo SERVQUAL no setor da saúde (Babakus & Mangold, 1992; Carman, 1990; Dean, 1999). Estes estudos propõem uma versão mais curta da escala, conforme se pode constatar nas tabelas seguintes.

Tabela 5: Escala usada por Babakus & Mangold (1992)

Autor	Dimensões	Itens
Babakus & Mangold (1992)	Tangibles	Hospitals should have up-to-date equipment.
		Hospitals' physical facilities should be visually appealing.
		Hospital employees should appear neat.
	Reliability	Hospitals should provide their services at the time they promise to do so.
		When patients have problems, hospital employees should be sympathetic and reassuring.
		Hospitals should be accurate in their billing.
	Responsiveness	Hospital employees should tell patients exactly when services will be performed.
		It is realistic for patients to expect prompt service from hospital employees.
		Hospital employees should always be willing to help patients.
	Assurance	Patients should be able to feel safe in their interactions with hospital employees.
		Hospital employees should be knowledgeable.
		Hospital employees should be polite.
		Hospital employees should get adequate support from their employers to do their jobs well.
	Empathy	Hospital employees should be expected to give patients personal attention.
		It is realistic to expect hospitals to have their patients' best interests at heart.

Fonte: Adaptado de Babakus & Mangold, 1992

Tabela 6: Escala usada por Dean (1999)

Autor	Dimensões	Itens
Dean (1999) 6 dimensões 15 itens	Tangibles	Modern looking equipment
		Physical facilities are visually appealing
		Employees who are neat in appearance
	Reliability	When promise to do something by a certain time, does so
		Sincere interest in solving problems
		Provide service at the time promised
	Responsiveness	Tell customers exactly when services will be performed
		Gives prompt service
		Employees never too busy to respond to customer requests
	Assurance	Behaviour of employees instils confidence
		Customers feel safe in their transactions
		Employees who are consistently courteous
	Empathy	Operating hours conveniente to customers
		Employees who give customers personal attention
	Emergency arrangements	Arrangements to assist customers in emergencies

Fonte: Adaptado de Dean, 1999

Assim, o inquérito usado neste estudo avalia somente as percepções do utente, tendo-se optado igualmente por uma versão mais curta da escala SERVQUAL, incluindo as cinco dimensões utilizadas nos modelos usados como referência: tangibilidade, confiança, atendimento ou prontidão de resposta, garantia e segurança e empatia (Tabela 7). Após a análise destas dimensões e de acordo com a revisão da literatura, optou-se por incluir uma nova dimensão designada Satisfação Global.

Tabela 7: Escala usada no estudo

ESCALA USADA NO ESTUDO	Dimensões	Itens
	Tangibilidade	O hospital tem equipamentos modernos
		As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis
		A equipa tem boa aparência profissional
	Confiança	Fui atendido no horário marcado
		A equipa demonstra sincero interesse em resolver os problemas que surgem
		O serviço foi prestado no prazo prometido
	Prontidão no Atendimento	A equipa (enfermeiros, médicos, administrativos) informou-me de quando o serviço estava previsto ser executado
		A equipa esteve sempre disposta a ajudar
		Responderam prontamente às solicitações
	Garantia e Segurança	A equipa foi educada e simpática
		A equipa transmitiu-me segurança
		A equipa é competente e possui conhecimentos para responder às minhas perguntas
	Empatia	A equipa prestou-me cuidados personalizados
		A equipa preocupou-se com os meus interesses

Fonte: Elaboração própria

As decisões para modificar o instrumento basearam-se na relevância das peculiaridades dos serviços de saúde e na capacidade dos utentes para responder às questões sem experimentarem confusão ou frustração indevida. Para esta população, em particular, as declarações formuladas negativamente nos instrumentos usados como referência foram convertidas para afirmações positivas; pois o uso de declarações de teor negativo poderiam contribuir para a confusão e respostas incorretas, afetando a quantidade e a qualidade dos dados.

Uma escala do tipo Likert de cinco pontos foi utilizada, variando de discordo totalmente (1) para concordo totalmente (5) para avaliar o nível de perceção de qualidade de serviço e satisfação dos utentes. Decidiu-se usar uma escala tipo Likert de cinco pontos em vez dos sete pontos originais, esta modificação foi usada de forma a reduzir o nível de frustração do utente, e assim, aumentar a taxa e a qualidade das respostas.

O inquérito usado neste estudo e que se encontra em apêndice (Apêndice 2) é constituído por duas partes, a primeira é a escala SERVQUAL adaptada e a segunda parte incidiu sobre as variáveis relacionadas com os aspetos sócio-demográficos.

4.1.1.4 Pré-teste

Segundo Bell (2004), todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados para saber quanto tempo demoram os inquiridos a realizá-los; por outro lado isto permite eliminar questões que não conduzam a dados relevantes.

De acordo com Fortin (1999), o pré-teste do questionário permite verificar os elementos seguintes:

- a) Se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos: é o teste da compreensão semântica;
- b) Se a forma das questões utilizadas permite recolher as informações desejadas;
- c) Se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação;
- d) Se as questões não apresentam ambiguidade.

Apesar de o inquérito ser semelhante aos modelos SERVPERF e SERVQUAL, dado à sua adaptação à realidade em estudo, optou-se pela realização de um pequeno estudo piloto com 10 utentes da cirurgia de ambulatório de diferentes especialidades médicas em Agosto de 2013; para se aferir até que ponto era acessível em termos de compreensão e clareza, e se as suas propriedades métricas eram apropriadas aos utentes da cirurgia de ambulatório.

Este pré-teste permitiu confirmar que não havia problemas com a compreensão e resposta às questões, pelo que não foram efetuadas alterações.

4.1.1.5 Recolha dos dados

A investigação foi desenvolvida com recurso a uma amostra probabilística, constituída por 100 utentes da cirurgia de ambulatório, com idade superior a 18 anos, no período de 1 de Setembro a 31 de Outubro de 2013, tendo o inquérito sido entregue ao utente após a cirurgia e devolvido imediatamente antes da alta hospitalar.

4.1.1.6 Análise dos dados

Segundo Fortin (1999), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

De acordo com Lakatos & Marconi (1991) uma variável é algo que pode ser considerada uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito, constructo ou conceito operacional que contém ou apresenta valores, aspetos, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração. Assim sendo, exploraram-se as seguintes variáveis (Tabelas 8 e 9):

Tabela 8: Caracterização das variáveis independentes

Variável	Label	Origem	Descrição	Classificação	Repres. no SPSS
Sex	Género	Inquérito	O conceito de género tem a ver com a diferenciação social entre os homens e as mulheres.	Quantitativa nominal dicotómica	Nominal
Id	Idade	Inquérito	Número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época em que se aplicou o inquérito	Quantitativa de razão	Escala
Ed	Habilitações Literárias	Inquérito	Grau de competências adquiridas através da frequência do ensino escolar	Quantitativa ordinal	Ordinal
Prof	Situação profissional	Inquérito	Atividade profissional onde o indivíduo retira os seus meios de subsistência.	Quantitativa ordinal	Ordinal
Em	Especialidade médica	Inquérito	Área específica dentro de um ramo mais vasto da cirurgia pela qual o indivíduo foi atendido.	Quantitativa nominal	Nominal

Fonte: Elaboração própria

Tabela 9: Caracterização das dimensões da variável dependente

Variável	Label	Origem	Descrição	Classificação	Repres. SPSS
A	Tangibilidade	A1+A2 +A3	Inclui os aspetos físicos do serviço: instalações físicas, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados na prestação do serviço e representações físicas do serviço.	Quantitativa ordinal	Ordinal
B	Confiança	B1+B2 +B3	Manifesta-se na habilidade de prestar o serviço prometido de forma confiável, precisa e consistente. Refere-se à consistência da performance e credibilidade.	Quantitativa ordinal	Ordinal
C	Prontidão no atendimento	C1+C2 +C3	Baseia-se na disposição para ajudar outros com prontidão através da prestação de um serviço rápido.	Quantitativa ordinal	Ordinal
D	Garantia e Segurança	D1+D2 +D3	Revela a competência e cortesia dos funcionários da empresa, incluindo a sua capacidade de gerar confiança, transmitindo segurança na execução de todos os processos.	Quantitativa ordinal	Ordinal
E	Empatia	E1+E2	Revela a forma de bem cuidar, prestando atenção individualizada e personalizada aos usuários do serviço.	Quantitativa ordinal	Ordinal
F	Satisfação Global	F1	Traduz a percepção dos clientes acerca da sua satisfação geral com a cirurgia de ambulatório.	Quantitativa ordinal	Ordinal

Fonte: Elaboração própria

Os dados foram analisados com recurso ao Software estatístico SPSS versão 20. A tabela 10 apresenta os procedimentos usados na análise dos dados.

Tabela 10: Síntese das etapas da análise de resultados

Etapas	Técnicas estatísticas utilizadas	Seção
Validade da escala	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Coeficiente de <i>Alpha Cronbach</i> ⇒ Correlações de <i>Pearson</i> ⇒ Correlações de <i>Spearman's</i> 	4.2.3
Identificar as dimensões da escala mais importantes para os utentes da Cirurgia de Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Análise Fatorial Exploratória ⇒ Método de Extração: análise dos componentes principais ⇒ Método de Rotação: <i>Varimax</i> com normalização de <i>Kaiser</i> ⇒ Teste de <i>Friedman</i> 	4.2.2 e 4.2.4
Determinar o nível de satisfação dos utentes da cirurgia de ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Análise de regressão múltipla ⇒ Teste <i>Anova</i> ⇒ Teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i> 	4.2.5
Explorar o grau de influência das variáveis independentes dos utentes sobre o seu nível de satisfação quanto à Cirurgia de Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Teste <i>Mann-Whitney</i> ⇒ Teste de <i>Wilcoxon</i> ⇒ Teste <i>Kruskal Wallis</i> ⇒ Correlações <i>Spearman's rho</i> 	4.2.6

Fonte: Elaboração própria

4.1.1.7 Procedimentos formais e éticos

Em qualquer investigação que envolva o ser humano a ética e deontologia devem ser rigorosas e respeitadas, é deveras essencial que sejam tomadas as disposições indispensáveis para proteção da liberdade e dos direitos dos indivíduos que participam no estudo.

A realização deste estudo foi supervisionada pela orientação académica, garantindo-se deste modo que ao longo da totalidade do processo que alguma particularidade relativa a estes direitos pudesse ser omitida inadvertidamente.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi requerida a autorização por escrito à administração do Hospital incluído no estudo. Foram igualmente ressalvados os princípios de direito ao anonimato e confidencialidade junto da Comissão de Ética.

A todos os participantes foi explicada a finalidade do estudo, o tempo médio de preenchimento, explicadas todas as garantias de confidencialidade e reforçado o seu pleno direito em não participar, caso não o desejasse.

Para a obtenção do consentimento informado, optou-se pela forma verbal de confirmação do consentimento, uma vez que se trata de um estudo não experimental (sem intervenção), em que é utilizado um inquérito anónimo.

No caso dos utentes que não sabiam ler, nem escrever ou simplesmente não conseguiam preencher o inquérito, foi dada a possibilidade de serem os acompanhantes/pessoas significativas a lerem e a preencherem o inquérito após obterem a opinião verbal do utente.

De salientar, que foram realizados todas as diligências para manter o anonimato das respostas, a privacidade no preenchimento e que o inquérito foi entregue após o preenchimento em envelope fornecido, fechado pelo utente.

4.2 ESTUDO EMPÍRICO

Este capítulo comporta duas etapas fundamentais, o tratamento estatístico de dados e aplicação de testes estatísticos, a elaboração do relatório de análise de dados e formulação de recomendações.

Com a finalidade de tratar os dados do inquérito, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.

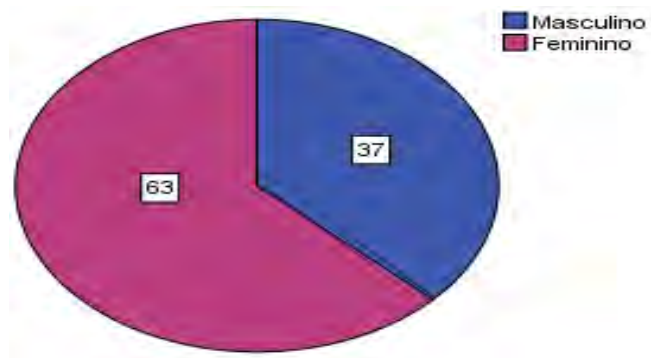
Os resultados obtidos, foram divididos em duas fases distintas: a caracterização da amostra e os resultados onde se pretende responder ao modelo concetual proposto.

4.2.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A investigação foi desenvolvida com recurso a uma amostra probabilística constituída por um total de 100 (cem) casos.

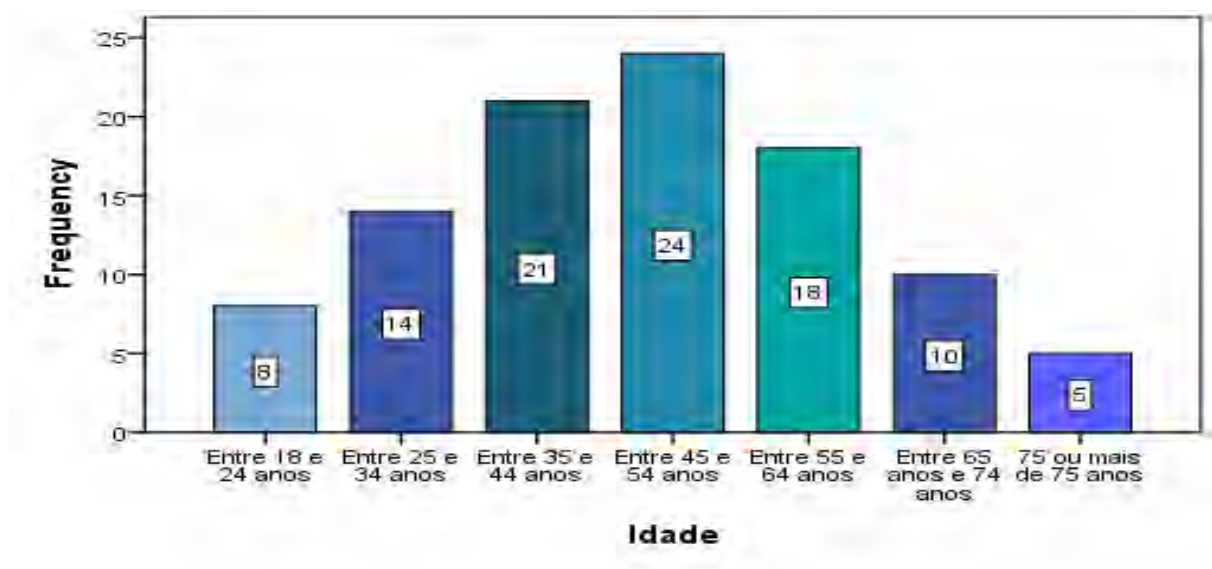
Relativamente à caracterização dos inquiridos da nossa amostra, verificou-se a existência de uma pequena assimetria na distribuição entre os géneros dos indivíduos, denotando-se um ligeiro predomínio do sexo feminino ($n=63$) face ao sexo masculino ($n=37$) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Género dos inquiridos



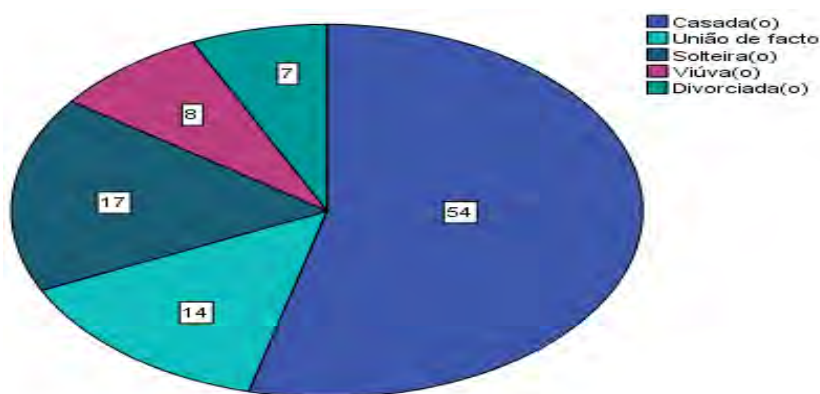
No que respeita à distribuição dos sujeitos da amostra por intervalos de idades, verificou-se uma forte concentração entre os 35 e os 54 anos, sendo que a maioria dos inquiridos (67%) está abaixo dos 55 anos de idade (Gráfico 2).

Gráfico 2: Idade dos inquiridos



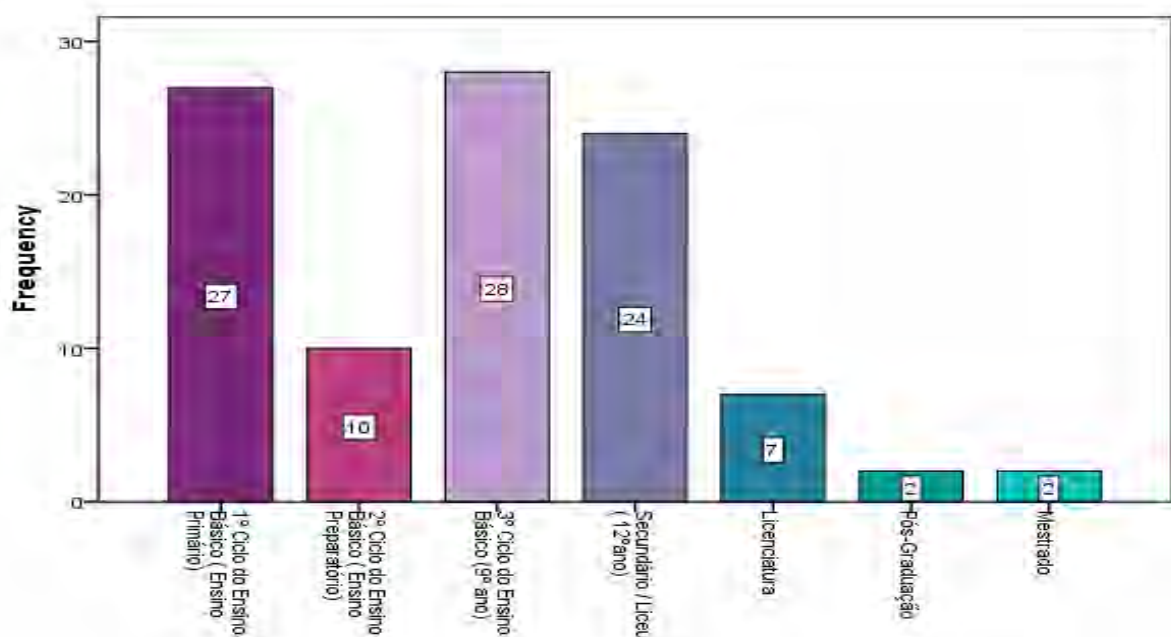
No que diz respeito à análise dos indivíduos em relação ao estado civil, constatou-se uma predominância de sujeitos casados (54%) (Gráfico3).

Gráfico 3: Estado civil dos inquiridos



A análise da distribuição dos sujeitos pelos diferentes níveis de habilitações literárias permitiu identificar uma amostra com maior concentração de inquiridos no intervalo do 3º Ciclo do Ensino Básico (28%), seguida do 1º Ciclo do Ensino Básico com uma representatividade de 27% e do Ensino Secundário com 24%, sendo que os restantes indivíduos (11%) se concentram níveis superiores de instrução (Gráfico 4).

Gráfico 4: Habilitações literárias dos inquiridos



Relativamente à situação profissional, verificou-se que 50% dos inquiridos é trabalhador ativo. Dos restantes indivíduos, 21% estão reformados, 19% estão desempregados, 7% são domésticas e 3% são estudantes (Gráfico 5).

Gráfico 5: Situação profissional dos inquiridos



Ao analisar a distribuição relativamente à especialidade médica pela qual foram atendidos, denotou-se uma forte concentração na especialidade de ortopedia (38%), seguida das especialidades de cirurgia plástica e oftalmologia com 22% cada (Gráfico 6).

Gráfico 6: Especialidade médica pela qual os inquiridos foram atendidos



Sintetizando, os sujeitos que integram a nossa amostra são maioritariamente do sexo feminino (63%), com idades concentradas no intervalo de 35 a 64 anos (53%), 54% são casados, em relação à situação profissional 50% trabalham no ativo.

No que diz respeito às habilitações literárias, verifica-se uma maior concentração de inquiridos no intervalo do 3º Ciclo do Ensino Básico (28%), seguida do 1º Ciclo do Ensino Básico com uma representatividade de 27% e do Ensino Secundário com 24%, sendo que os restantes indivíduos (11%) se concentram níveis superiores de instrução.

4.2.2 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DA VARIÁVEL DEPENDENTE

4.2.2.1 Análise descritiva

As estatísticas obtidas para cada uma das questões constituintes da escala revelam distribuições de assimetria negativa marcada (entre -0,223 e -3,144), médias que apontam para níveis de concordância altos (sendo que a média mais baixa é de 4,01) e variações baixas (a variação mais alta é de 13,43%).

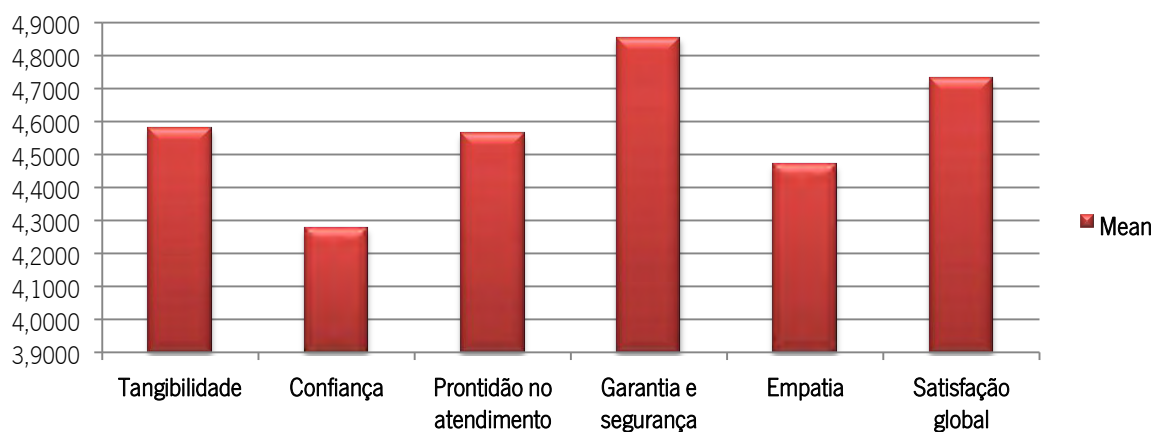
Estes resultados mostram que, de uma forma geral, os utentes estão bastante satisfeitos com as diferentes dimensões do serviço prestado. De acordo com o gráfico e tabela seguintes pode-se constatar que todas as dimensões da escala apresentam médias acima dos 4,5; à exceção da Confiança e da Empatia que apresentam valores inferiores a 4,5 (4,27 e 4,47 respetivamente). Em relação à Satisfação Global com a cirurgia em regime de ambulatório, os utentes apresentam níveis elevados, com uma média total de 4,73.

Tabela 11: Médias das dimensões da escala e da Satisfação Global

Statistics	
	Mean
Tangibilidade	4,5800
Confiança	4,2767
Prontidão no atendimento	4,5633
Garantia e segurança	4,8533
Empatia	4,4700
Satisfação global	4,7300

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 7: Gráfico representativo das médias das dimensões da escala e da Satisfação Global



Fonte: Elaboração própria

Contundo, é essencial mencionar que as médias mais baixas obtidas são referentes às questões B1 (Fui atendido no horário previsto) e B3 (O serviço foi prestado no prazo prometido) com valores de 4,01 e 4,14 respetivamente.

Em relação aos percentis, o percentil 10 exibe notas de corte de 2,00 (B1 e B3), 3,00 (A1 e E1), 4,00 (A2, B2, C1, C2, C3, D2, D3 e E2) e 5,00 (A3 e D1); indicando que 10% dos inquiridos mais discordantes se posicionam maioritariamente numa atitude de concordância. Relativamente aos 10% mais concordantes (percentil 90) constata-se notas de corte de 5,00, traduzindo-se em concordância plena (Tabela 12).

Tabela 12: Estatísticas da escala

Questão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variação (%)	Assimetria	Curtose	Percentis			
							10	25	75	90
A1	4,16	4,00	,692	4,79	-,223	-,885	3,00	4,00	5,00	5,00
A2	4,67	5,00	,473	2,23	-,734	-1,491	4,00	4,00	5,00	5,00
A3	4,91	5,00	,288	0,83	-2,909	6,595	5,00	5,00	5,00	5,00
B1	4,01	4,00	1,159	13,43	-1,092	,092	2,00	4,00	5,00	5,00
B2	4,68	5,00	,530	2,80	-1,810	4,895	4,00	4,00	5,00	5,00
B3	4,14	4,00	1,045	10,91	-1,317	1,005	2,00	4,00	5,00	5,00
C1	4,39	4,50	,751	5,64	-1,662	4,348	4,00	4,00	5,00	5,00
C2	4,67	5,00	,493	2,44	-,989	-,409	4,00	4,00	5,00	5,00
C3	4,63	5,00	,506	2,56	-,785	-,832	4,00	4,00	5,00	5,00
D1	4,92	5,00	,273	0,74	-3,144	8,043	5,00	5,00	5,00	5,00
D2	4,87	5,00	,338	1,14	-2,234	3,052	4,00	5,00	5,00	5,00
D3	4,77	5,00	,423	1,79	-1,303	-,309	4,00	5,00	5,00	5,00
E1	4,31	4,00	,734	5,39	-,719	-,231	3,00	4,00	5,00	5,00
E2	4,63	5,00	,562	3,16	-1,575	3,471	4,00	4,00	5,00	5,00

Fonte: Elaboração própria

4.2.2.2 Análise fatorial

Com o intuito de analisar se as dimensões do instrumento usado correspondiam à percepção dos utentes submetidos a cirurgia em regime de ambulatório, submeteu-se a escala à análise fatorial por componentes principais. A análise fatorial é um procedimento estatístico que analisa a interdependência, não tendo como pressuposto a existência de uma variável dependente específica (Pallant, 2010).

O método de extração selecionado para a análise dos componentes principais foi o *critério de Kaiser*, em que o valor próprio de um fator mede a quantidade da variância total explicada por esse fator. O *critério de Kaiser* determina que apenas os fatores com um valor próximo de 1 ou superior são retidos para posterior análise (Pallant, 2010).

Posteriormente à extração do número de fatores considerado mais adequado torna-se pertinente interpretar a sua natureza e o seu significado. Para este efeito recorre-se, com frequência, ao procedimento da rotação. No presente caso, a solução selecionada foi a rotação ortogonal designada por *Varimax* na linguagem do programa SPSS.

Inicialmente avaliou-se a adequabilidade da análise fatorial e verificou-se se as variáveis originais apresentam correlação significativa. Para o efeito, examinou-se a estatística *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin*) que estima a homogeneidade da amostra e ao *Teste de Esfericidade de Bartlett* que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Pestana & Gagueiro, 2005).

Perante os resultados pode-se demonstrar, por um lado que a análise fatorial pela técnica dos componentes principais é adequada para um *KMO* = 0,701 e, por outro lado que existe suficiente intercorrelação entre as variáveis, *Teste de Esfericidade de Bartlett* =significativo com p-value de ,000 e com 91 graus de liberdade (Tabela 13).

Tabela 13: Teste *KMO* e Teste de *Esfericidade de Bartlett*

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,701
Approx. Chi-Square	494,961
Bartlett's Test of Sphericity df	91
Sig.	,000

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os resultados, é notória a existência de 5 fatores que explicam 71,009 % da variância total (variância cumulativa) das variáveis originais. Segundo Pestana e Gagueiro (2005), o conjunto de fatores deverá explicar pelo menos 70% do total da variância (Tabela 14).

Tabela 14: Variância explicada

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,095	29,248	29,248	2,785	19,890	19,890
2	1,861	13,289	42,537	2,085	14,895	34,784
3	1,699	12,138	54,675	1,864	13,311	48,095
4	1,269	9,063	63,737	1,765	12,610	60,705
5	1,018	7,272	71,009	1,443	10,304	71,009
6	,791	5,649	76,658			
7	,699	4,995	81,652			
8	,564	4,029	85,681			
9	,507	3,622	89,303			
10	,449	3,207	92,510			
11	,346	2,473	94,983			
12	,276	1,975	96,958			
13	,247	1,764	98,721			
14	,179	1,279	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Da análise dos resultados da rotação ortogonal *Varimax* dos componentes (Tabela 15) constata-se que o primeiro fator, com um valor total de 4,095, tem por base 4 das 14 variáveis originais e apresenta uma variância total de 29,248%. A totalidade das 4 variáveis apresenta um peso (*loading*) superior a 0,500, podendo-se inferir que este fator tem um peso expressivo na percepção global do utente em relação à cirurgia de ambulatório.

O segundo fator apresenta um valor total de 1,861, sustentado por 2 das 14 variáveis originais, evidenciando 13,289% da variância total. Ambas as variáveis apresentam um peso (*loading*) superior a 0,700, podendo-se afirmar que as mesmas têm um peso significativo na percepção do utente.

No que diz respeito ao terceiro fator, com um valor total de 1,699, tem por suporte 3 das 14 variáveis com uma variância total de 12,138%. Similarmente ao observado nos fatores anteriores, também neste as variáveis apresentam um peso (*loading*) superior a 0,700, exibindo desta forma um peso significativo na percepção do utente.

No que respeita ao quarto fator, com um valor total de 1,269, é composto por 2 das 14 variáveis, que apresentam um peso (*loading*) superior a 0,800 e explica uma variância total de 9,063% .

Em relação ao quinto fator, suportado por 2 das 14 variáveis com um valor total de 1,018 e com um peso (*loading*) superior a 0,700, explica 7,272% da variância total.

Tabela 15: Rotação ortogonal *Varimax*

Questão	Fatores					Dimensões
	1	2	3	4	5	
B1 - Fui atendido no horário previsto	,851	,100	,058	-,075	,018	Confiança
B2 - A equipa demonstra sincero interesse em resolver os problemas que surgem	,726	-,166	,158	,320	,089	Confiança
B3 - O serviço foi prestado no prazo prometido	,840	,282	,180	,088	-,113	Confiança
C1 - A equipa informou-me de quando o serviço estava previsto ser realizado	,632	,264	,105	,267	-,064	Prontidão no Atendimento
A1 - O hospital tem equipamentos modernos	,076	,760	-,046	,272	,291	Tangibilidade
E1 - A equipa prestou-me cuidados personalizados	,268	,725	,125	,070	-,215	Empatia
D1 - A equipa foi educada e simpática	,172	-,243	,701	,255	,082	Garantia e Segurança
D2 - A equipa transmitiu-me segurança	,250	,012	,830	-,008	,175	Garantia e Segurança
D3 - A equipa é competente e possui conhecimentos para responder às minhas perguntas	-,080	,465	,719	-,072	,056	Garantia e Segurança
C2 - A equipa esteve sempre disposta a ajudar	,267	,250	-,021	,802	,020	Prontidão no Atendimento
C3 - Responderam prontamente às solicitações	,065	,091	,120	,866	,024	Prontidão no Atendimento
A2 - As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis	-,035	,447	,137	,074	,724	Tangibilidade
A3 - A equipa tem boa aparência profissional	-,003	-,134	,144	-,008	,842	Tangibilidade
E2 - A equipa preocupou-se com os meus interesses	,418	,481	-,147	,172	,105	Empatia

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Em síntese, podemos concluir que pelas constatações anteriores, numa aplicação futura da escala e admitindo alguma natureza subjetiva, assume-se que seria essencial uma renomeação dos fatores tendo em conta cada conjunto de variáveis (Tabela 16). Optou-se por incluir a variável E2 (A equipa preocupou-se com os meus interesses) no fator 2, pois apresenta um peso (*loading*) de 0,481 para o fator 2 e valores inferiores para os restantes fatores.

Tabela 16: Nomeação dos fatores

Questão	Fator	Dimensão
B1 - Fui atendido no horário previsto	Fator 1	Confiança
B2 - A equipa demonstra sincero interesse em resolver os problemas que surgem		
B3 - O serviço foi prestado no prazo prometido		
C1 - A equipa informou-me de quando o serviço estava previsto ser realizado		
A1 - O hospital tem equipamentos modernos	Fator 2	Tecnologia & Empatia
E1 - A equipa prestou-me cuidados personalizados		
E2 - A equipa preocupou-se com os meus interesses		
D1 - A equipa foi educada e simpática	Fator 3	Garantia e Segurança
D2 - A equipa transmitiu-me segurança		
D3 - A equipa é competente e possui conhecimentos para responder às minhas perguntas		
C2 - A equipa esteve sempre disposta a ajudar	Fator 4	Prontidão no Atendimento
C3 - Responderam prontamente às solicitações		
A2 - As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis	Fator 5	Tangibilidade
A3 - A equipa tem boa aparência profissional		

Fonte: Elaboração própria

4.2.3 VALIDAÇÃO DA ESCALA

A validação de um instrumento de recolha de dados é a característica capital para avaliar a sua efetividade. Um instrumento considera-se válido quando mede aquilo que se pretende, pelo que na sua construção deve ter-se em consideração dois aspetos primordiais: a sua validade e a sua fiabilidade.

De acordo com Hill & Hill (2012) fiabilidade e validade de uma medida não são a mesma coisa. Uma medida pode ter boa fiabilidade e ter pouca validade mas, sem fiabilidade adequada, a medida não pode ter validade adequada. Isto é, a existência de fiabilidade adequada é imprescindível, mas não suficiente, para garantir validade adequada.

4.2.3.1 Fiabilidade da escala

Das diversas medidas existentes que permitem avaliar a consistência interna de escalas com múltiplos itens, o *Coefficiente Alpha de Cronbach* apresentado por Lee j. Cronbach em 1951 é certamente uma das estatísticas mais importantes e difundida em pesquisa envolvendo a construção de testes e uso. Uma revisão no Social Citations Index para a literatura de 1966 a 1990 revelou que o artigo de Cronbach foi citado cerca de 60 vezes por ano e, em um total de 278 revistas diferentes (Cortina, 1993).

O *Coefficiente Alpha Cronbach* pode variar entre 0 e 1. Contudo, segundo Nunnally (1978), valores inferiores a 0,70 são considerados inaceitáveis, não garantindo a fiabilidade adequada (Tabela 17).

Tabela 17: Classificação do *Coefficiente de Alpha Cronbach*

Classificação	Valores
Muito Boa	$\alpha > 0,9$
Muito Boa	α entre 0,80 e 0,90
Boa	α entre 0,70 e 0,80
Razoável	α entre 0,65 e 0,70
Fraca	α entre 0,60 e 0,65
Má	$\alpha < 0,60$

Fonte: Nunnally (1978)

A fiabilidade do instrumento de recolha de dados calculou-se numa fase pós análise fatorial não só na sua globalidade, como para cada uma das dimensões da sua estrutura; pretendendo-se não só averiguar se a fiabilidade, mas também avaliar a validade dos dados compilados. De acordo com a análise fatorial, o *Alpha de Cronbach* foi calculado inicialmente tendo em conta as dimensões originais e posteriormente tendo em conta os 5 fatores resultantes da análise fatorial e as variáveis que os integram (Tabela 18 e 19).

Quer a escala original, quer a escala após análise fatorial na sua globalidade apresentam ter uma boa fiabilidade, uma vez que ambas obtiveram um *Alpha de Cronbach* de 0,798, ultrapassando o valor 0,70, indicado por Nunnally (1978) como mínimo para se considerar uma escala fiável. Contudo, constata-se que a escala pós análise fatorial apresenta a nível das dimensões maiores valores de *Alpha de Cronbach*.

Tabela 18: Coeficientes de *Alpha Cronbach* da escala original

ESCALA ORIGINAL	Dimensões	Variável	α Cronbach Total	α Cronbach Dimensão	α Cronbach Removendo a Variável (Dimensão)	α Cronbach Removendo a Variável (Total)
	Tangibilidade	A1	0,798	0,554	0,499	0,784
		A2			0,098	0,795
		A3			0,638	0,804
	Confiança	B1		0,785	0,647	0,784
		B2			0,838	0,779
		B3			0,521	0,751
	Prontidão No Atendimento	D1		0,630	0,749	0,769
		D2			0,310	0,781
		D3			0,569	0,790
	Garantia & Segurança	C1		0,656	0,651	0,797
		C2			0,294	0,792
		C3			0,694	0,795
	Empatia	E1		0,560	*	0,781
		E2			*	0,783

Fonte: Elaboração própria

O aumento do valor de *Alpha de Cronbach* da escala pós análise fatorial para 0,804 aconteceria caso a variável A3 – A equipa tem boa aparência profissional – fosse eliminada. O fator confiança e prontidão no atendimento geraram valores de 0,805 e 0,749 respetivamente indicando por Nunnally (1978) como muito bom e bom respetivamente. Contudo, o fator tecnologia e empatia obteve um valor de 0,649 considerado por Nunnally (1978) como fraco; e o fator tangibilidade obteve um valor de 0,499 considerado por Nunnally (1978) como mau (Tabela 19).

Tabela 19: *Coeficientes de Alpha Cronbach* da escala pós análise fatorial

ESCALA PÓS ANÁLISE FATORIAL	Dimensões	Variável	α Cronbach Total	α Cronbach Dimensão	α Cronbach Removendo a Variável (Dimensão)	α Cronbach Removendo a Variável (Total)
	Confiança	B1	0,798	0,805	0,737	0,784
		B2			0,801	0,779
		B3			0,657	0,751
		C1			0,785	0,769
	Tecnologia & Empatia	A1		0,649	0,560	0,784
		E1			0,522	0,781
		E2			0,569	0,783
	Garantia & Segurança	D1		0,656	0,651	0,797
		D2			0,294	0,792
		D3			0,694	0,795
	Prontidão no Atendimento	C2		0,749	*	0,781
		C3			*	0,790
	Tangibilidade	A2		0,499	*	0,795
		A3			*	0,804

Fonte: Elaboração própria

4.2.3.2 Validade da escala

Em termos gerais a validade refere-se ao grau em que um instrumento mede realmente aquilo que se propõe medir. Para aferir a validade do instrumento de recolha de dados considerou-se essencial estimar a validade convergente e a validade discriminante, para o efeito utilizou-se o *Coeficiente de Correlação de Pearson (r)* e o o *Coeficiente de Correlação de Spearman's (ρ)*. Segundo Malhotra (2006) a validade convergente e discriminante são as duas subcategorias ou subtipos de validade do constructo.

O *Coefficiente de Correlação Pearson (r)* varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa da correlação e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Contudo, segundo Dancey & Reidy (2006), valores positivos ou negativos inferiores a 0,30 são considerados fracos e valores positivos ou negativos superiores a 0,60 são considerados fortes (Tabela 20).

Tabela 20: Classificação do *Coefficiente de Correlação de Pearson*

Classificação	Valores
Forte	r entre 0,70 e 1
Moderada	r entre 0,40 e 0,60
Fraca	r entre 0,10 e 0,30

Fonte: Dancey & Reidy (2006)

A validade convergente indica a extensão pela qual a escala se correlaciona positivamente com outras medidas do mesmo constructo (Malhotra, 2006). A validade convergente implica correlações altas.

A validade convergente foi estimada recorrendo ao *Coefficiente de Correlação de Pearson (r)*, inicialmente tendo por base todos os itens da escala e a satisfação global e posteriormente examinado cada um dos fatores da escala com a satisfação global (Tabela 21 e 22).

Segundo Dancey & Reidy (2006), valores positivos ou negativos inferiores a 0,30 são considerados fracos e valores positivos ou negativos superiores a 0,60 são considerados fortes. Ao analisar a Tabela 16 verifica-se uma correlação moderada (0,387) entre o total das variáveis e a satisfação global.

Tabela 21: Validade convergente pós análise fatorial - Total das variáveis / Satisfação Global

		Total variáveis	Satisfação global
Total variáveis	Pearson Correlation	1	,387**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	100	100
Satisfação global	Pearson Correlation	,387**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

No que diz respeito às dimensões da escala, constata-se uma fraca tendência para a convergência com a Satisfação Global, uma vez que a maioria das dimensões apresenta coeficientes inferiores a 0,30; à exceção da Confiança (0,365).

Tabela 22: Validade convergente pós análise fatorial - Satisfação Global / Fatores

		Satisfação global	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia & segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Satisfação Global	Pearson Correlation	1	,365**	,267**	,175	,180	,176
	Sig. (2-tailed)		,000	,007	,082	,074	,080
	N	100	100	100	100	100	100
Confiança	Pearson Correlation	,365**	1	,434**	,281**	,355**	,034
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,005	,000	,735
	N	100	100	100	100	100	100
Tecnologia e Empatia	Pearson Correlation	,267**	,434**	1	,183	,391**	,270**
	Sig. (2-tailed)	,007	,000		,069	,000	,007
	N	100	100	100	100	100	100
Garantia e segurança	Pearson Correlation	,175	,281**	,183	1	,157	,304**
	Sig. (2-tailed)	,082	,005	,069		,119	,002
	N	100	100	100	100	100	100
Prontidão no atendimento	Pearson Correlation	,180	,355**	,391**	,157	1	,135
	Sig. (2-tailed)	,074	,000	,000	,119		,182
	N	100	100	100	100	100	100
Tangibilidade	Pearson Correlation	,176	,034	,270**	,304**	,135	1
	Sig. (2-tailed)	,080	,735	,007	,002	,182	
	N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Em suma, pode-se concluir, a escala apresenta uma validade convergente pouco aceitável na sua globalidade; não sendo possível deduzir quais os motivos subjacentes a uma menor convergência.

A validade discriminante mostra a extensão pela qual uma medida não se correlaciona com outros constructos, dos quais supõe-se que se diferencie (Malhotra, 2006). A validade discriminante implica que a relação entre medidas de diferentes constructos devem ser baixas.

Para aferir a validade discriminante do pré-teste analisaram-se as correlações entre várias variáveis da dimensão dependente e uma variável independente ordinal – Habilitações Literárias, utilizando-se o *Coeficiente de Correlação de Spearman's (ρ)*, as tabelas 23, 24 e 25 apresentam os dados obtidos.

Na estatística, o *Coeficiente de Correlação Spearman's (ρ)*, é uma medida de correlação não-paramétrica, isto é, ele avalia uma função monótona arbitrária que pode ser a descrição da relação entre duas variáveis, sem fazer nenhuma suposições sobre a distribuição de frequências das variáveis. Ao contrário do *Coeficiente de Correlação de Pearson*, não requer a suposição que a relação entre as variáveis é linear, nem requer que as variáveis sejam medidas em intervalo de classe; pode ser usado para as variáveis medidas no nível ordinal.

Examinando as tabelas seguintes pode-se observar e inferir que a escala pós análise fatorial quer na sua globalidade, quer a nível das suas dimensões, quer a nível da satisfação global apresenta fracas correlações com a variável independente – Habilitações literárias. Assim sendo, a escala apresenta validade discriminante.

Tabela 23: Validade discriminante pós análise fatorial - Total das variáveis / Habilitações Literárias

		Total variáveis	Habilitações Literárias
Spearman's rho	Total variáveis	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	-,109
		N	,281
	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	100
		Sig. (2-tailed)	-,109
		N	,281

Tabela 24: Validade discriminante pós análise fatorial - Satisfação Global / Habilidades Literárias

			Habilidades Literárias	Satisfação global
Spearman's rho	Habilidades Literárias	Correlation	1,000	-,154
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,126
	Satisfação global	N	100	100
		Correlation	-,154	1,000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	,126	.
		N	100	100

Tabela 25: Validade discriminante pós análise fatorial - Fatores / Habilidades Literárias

		Habilitações Literárias	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade	
Spearman's rho	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	1,000	-,043	-,006	-,152	-,032	-,297**
		Sig. (2-tailed)	.	,671	,953	,131	,755	,003
		N	100	100	100	100	100	100
	Confiança	Correlation Coefficient	-,043	1,000	,453**	,261**	,381**	,155
		Sig. (2-tailed)	,671	.	,000	,009	,000	,123
		N	100	100	100	100	100	100
	Tecnologia e Empatia	Correlation Coefficient	-,006	,453**	1,000	,257**	,414**	,376**
		Sig. (2-tailed)	,953	,000	.	,010	,000	,000
		N	100	100	100	100	100	100
	Garantia e segurança	Correlation Coefficient	-,152	,261**	,257**	1,000	,163	,275**
		Sig. (2-tailed)	,131	,009	,010	.	,105	,006
		N	100	100	100	100	100	100
	Prontidão no atendimento	Correlation Coefficient	-,032	,381**	,414**	,163	1,000	,152
		Sig. (2-tailed)	,755	,000	,000	,105	.	,130
		N	100	100	100	100	100	100
	Tangibilidade	Correlation Coefficient	-,297**	,155	,376**	,275**	,152	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	,123	,000	,006	,130	.
		N	100	100	100	100	100	100

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)...

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos concluir que a escala apresenta validade discriminante quer a nível global de cada uma das suas dimensões, quer relativamente ao indicador que mede as habilitações literárias. Admite-se que a escala na sua globalidade apresenta aparentemente uma adequada validade discriminante, existindo valores inferiores a 0.

4.2.4 NÍVEL DE SATISFAÇÃO

O nível de satisfação foi já analisado com a apresentação da análise descritiva de cada um dos itens na seção 4.2.2.1. No entanto, após análise fatorial, com o desígnio de compreender quais as dimensões que expressam maior e pior satisfação dos utentes que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, submeteu-se a escala ao *Teste de Friedman*, que consiste numa técnica estatística de variância não paramétrica que é utilizada para comparar as preferências dos indivíduos. O *Teste de Friedman*, não usa os dados diretamente mas sim a ordem por eles ocupados (*ranks*), isto é, vai facultar a importância relativa das variáveis tendo por base as perceções dos utentes (Tabelas 26 e 27).

De acordo com a tabela abaixo, a garantia e segurança é considerado pelos utentes da cirurgia em regime de ambulatório como o melhor atributo do serviço prestado. A tecnologia e empatia é considerada como o atributo com menor relevância na opinião dos utentes, o que é inquietante principalmente pelo setor da saúde ser tão intangível e pelo facto de muitos autores reputarem estas dimensões preponderantes.

Estes dados não vão de encontro, na sua totalidade, ao estudo desenvolvido por Bloemer et al (1999) que aponta a empatia e a garantia como as dimensões mais importantes nos serviços de saúde relativamente aos outros serviços. O estudo de Dean (1999) também revelou que as dimensões garantia e empatia eram as mais valorizadas pelos utentes.

Tabela 26: Atributos das dimensões da escala

Ranks	
	Mean Rank
Confiança	2,29
Tecnologia e Empatia	2,19
Garantia e segurança	3,80
Prontidão no atendimento	3,17
Tangibilidade	3,56

Segundo as estatísticas dos teste os resultados do *Teste de Friedman* revelaram-se significativos (Sig < 0,000).

Tabela 27: Estatísticas do *Teste de Friedman*

Test Statistics ^a	
N	100
Chi-Square	116,747
df	4
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

4.2.5 INFLUÊNCIA DAS DIMENSÕES NA SATISFAÇÃO GLOBAL

Para a análise da influência das dimensões na satisfação global aplicou-se a análise de regressão linear múltipla, utilizando os cinco fatores resultantes da análise fatorial a que se submeteram os dados obtidos. Para variável dependente definiu-se a Satisfação Global.

Segundo Pallant (2010) a análise de regressão linear múltipla tem como objetivo último explorar a relação entre um conjunto de variáveis independentes (fatores preditivos) e uma variável dependente. Optou-se pelo modelo *Stepwise* (em linguagem do SPSS), que apura as variáveis de acordo com forte correlação com a variável dependente, excluindo todas aquelas que apresentam fraca ou nenhuma correlação (Pallant, 2010).

Submetendo os resultados obtidos a análise de regressão linear múltipla, conclui-se que um dos cinco fatores está relacionado com a variabilidade da Satisfação Global; em termos concretos e segundo a percepção dos utentes a Confiança é o que mais contribui para a sua satisfação (Tabela 28).

Tabela 28: Modelo de regressão sobre a variável Satisfação Global

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Confiança		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: Satisfação global

O efeito global é explicado pelo coeficiente de determinação R^2 , que no caso em estudo é de 0,133, o que significa que a dimensão Confiança consegue explicar 13,3% das variações verificadas na Satisfação Global e que se assume como uma influência positiva. Os restantes fatores segundo estes resultados, aparentemente, são insignificantes para explicar a variabilidade da Satisfação Global (Tabela 29). Porém, convém salientar que a Confiança explica 13,3% da variabilidade da Satisfação Global, permanecendo por explicar 86,7% pelas outras variáveis incluídas nos fatores da escala.

Tabela 29: Quadrado do Coeficiente de Correlação múltipla R

Model Summary ^a				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,365 ^a	,133	,124	,47690

a. Predictors: (Constant), Confiança

b. Dependent Variable: Satisfação global

O valor β indica o peso da influência da respetiva variável na variável Satisfação Global, quanto maior o valor de β menor será o valor de Satisfação Global. O valor de 3.617 é o valor da constante acrescentada aos efeitos das variáveis para se perceber o efeito total da regressão. Da análise dos resultados pode-se inferir que a Satisfação Global de um utente varia de acordo com a perceção que este tem da Confiança (Tabela 30).

Tabela 30: Análise dos Coeficientes da Regressão

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,617	,291		12,436	,000
	Confiança	,259	,067	,365	3,879	,000

A análise anteriormente apresentada só é fiável e relevante se os seguintes pressupostos e condições se confirmarem:

⇒ Regressão: se Sig. <0,05 a regressão é significativa, podendo-se generalizar os dados para o grupo alvo de onde foi retirada a amostra (Tabela 31).

Tabela 31: Teste *ANOVA*

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,421	1	3,421	15,043	,000 ^b
	Residual	22,289	98	,227		
	Total	25,710	99			

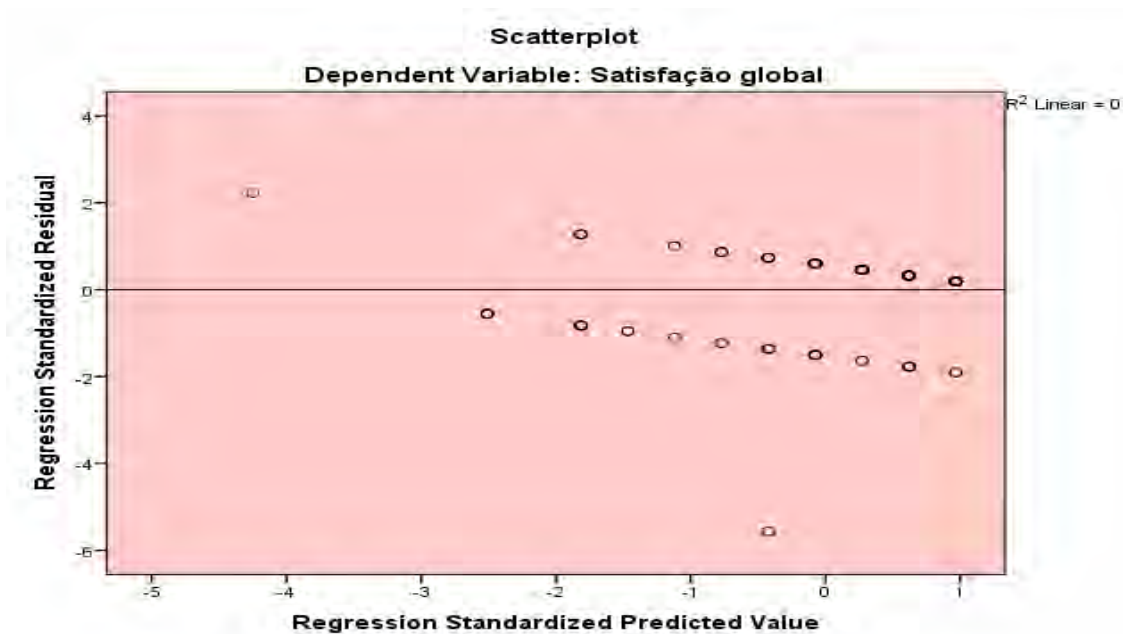
a. Dependent Variable: Satisfação global

b. Predictors: (Constant), Confiança



⇒ Linearidade: este pressuposto testa-se por meio de um gráfico dos valores observados versus os valores previstos da variável dependente. O padrão de dispersão dos resíduos pode ser investigado através da análise da Figura 5.

Figura 5: Padrão de dispersão dos resíduos - *Scatterplot*



⇒ Homocedasticidade: se os resíduos aumentarem ou diminuirão com os valores da variável independente em torno da linha zero, pode pôr-se em causa a consistência da variância para cada valor de X. A variância constante equivale a supor que não existem observações incluídas na variável residual, para as quais se considere existir uma influência mais intensa na variável dependente (Maroco, 2007).

⇒ Normalidade: segundo Hill & Hill (2012) existem dois testes estatísticos frequentemente aplicados para avaliar a normalidade de uma amostra, o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o teste de *Shapiro-Wilk*. Nestes testes uma distribuição pode ser considerada normal quando a estatística é não significativa.

Da análise da Tabela 32 constata-se que nenhum dos itens apresenta uma distribuição normal ($\text{Sig.} = 0,000 < 0,001$, pelo que não apresentam uma distribuição normal. Porém, como esclarecem Hill & Hill (2012) e Pestana e Gageiro (2005), os testes paramétricos pouco são influenciados por pequenos desvios da normalidade, sobretudo em casos de amostras de grande dimensão ($n > 50$).

As estatísticas obtidas para cada um dos itens constituintes da escala revelam distribuições de assimetria negativa marcada (entre -0,720 e -2,197), que apontam para níveis de concordância altos.

Tabela 32: *Teste de Kolmogorov-Smirnov*

Tests of Normality				
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Assimetria ^b
	Statistic	df	Sig.	
Confiança	,220	100	,000	- 1,566
Tecnologia & Empatia	,184	100	,000	- ,788
Garantia & Segurança	,427	100	,000	- 1,839
Prontidão No Atendimento	,363	100	,000	- ,720
Tangibilidade	,405	100	,000	- 1,257
Satisfação Global	,452	100	,000	- 2,197

a. Lilliefors Significance Correction

b. O erro padrão da assimetria = 0,241

⇒ Outliers: de acordo com Hill & Hill (2012) é um caso não típico, no sentido em que o valor preditivo para a variável dependente está muito afastado do valor observado podendo influenciar os resultados.

⇒ Multicolineariedade: quando se constata uma correlação entre as variáveis independentes capaz de influenciar a variabilidade da variável dependente, dizemos que existe multicolinearidade. As duas medidas de multicolinearidade são a *Tolerância* e o *VIF* (*Variance Inflation Factor*). A *Tolerância* assume valores entre 0 e 1 e mede o grau em que uma dada variável é explicada pelas outras variáveis; quanto mais próximo estiver de 0 maior será a multicolinearidade (Hill & Hill, 2012).

A regressão pressupõe que as variáveis explicativas sejam linearmente independentes, isto é, que não se verifique a multicolineariedade. Apesar de não existir um valor limite a partir do qual se considere que as variáveis são linearmente independentes, valores de VIF próximos de zero indicam a ausência de multicolineariedade (Moreno, 2007).

Através da Tabela 33 podemos observar que os valores de *Tolerância* e do *VIF* das variáveis independentes apresentam valores de cerca de 1. Neste sentido, podemos afirmar que não existe multicolineariedade entre as variáveis consideradas.

Tabela 33: Colinearidade

Collinearity Diagnostics ^a			
Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	(Constant) Confiança	1,000	1,000

4.2.6 INFLUÊNCIA DAS CARATERÍSTICAS DA AMOSTRA NA SATISFAÇÃO GLOBAL

Nesta seção pretendeu-se analisar que influências têm as variáveis independentes sobre o nível de satisfação dos utentes em relação à Cirurgia de Ambulatório.

4.2.6.1 Género

Com o intuito de verificar se o género dos utentes encontra-se relacionado com a satisfação global com a Cirurgia de Ambulatório, foi analisada a diferença entre os cinco fatores resultantes da análise fatorial, tendo como variável discriminante o género.

Da análise da Tabela 34 verifica-se que não existe uma diferença expressiva entre quatro dos cinco fatores, podendo-se inferir que a variável género não tem qualquer influência na satisfação global dos utentes, à exceção do fator garantia e segurança, cujo resultado de 0,18 é um indício da existência de alguma influência por parte da variável género.

Tabela 34: *Teste de Mann-Whitney* - género

Test Statistics ^a					
	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Mann-Whitney U	1044,500	1054,500	903,500	1019,000	1053,500
Wilcoxon W	1747,500	3070,500	1606,500	1722,000	1756,500
Z	-,877	-,814	-2,371	-1,181	-,960
Asymp. Sig. (2-tailed)	,380	,416	,018	,238	,337

a. Grouping Variable: Género

De forma a corroborar os resultados obtidos anteriormente, analisou-se dois índices, um com base em todas as variáveis e outro com base na satisfação global. Ambos os testes exibiram correlações não significativas (Tabela 35 e 36), confirmando a ausência de qualquer influência da variável género nas perceções do utente sobre a satisfação com a Cirurgia de Ambulatório.

Tabela 35: Estatísticas do *Teste Mann-Whitney e Wilcoxon* para o género

Test Statistics ^a	
	Total variáveis
Mann-Whitney U	1006,000
Wilcoxon W	1709,000
Z	-1,140
Asymp. Sig. (2-tailed)	,254

a. Grouping Variable: Género

Tabela 36: Estatísticas do *Teste Mann-Whitney e Wilcoxon* para o género

Test Statistics ^a	
	Satisfação global
Mann-Whitney U	1083,500
Wilcoxon W	1786,500
Z	-,779
Asymp. Sig. (2-tailed)	,436

a. Grouping Variable: Género

4.2.6.2 Idade

Em relação à variável idade dos utentes para se verificar a sua associação à satisfação, realizou-se a análise em relação a todos os componentes da escala, tendo por base a diferença entre os cinco fatores resultantes da análise fatorial tendo como variável discriminante a idade.

De acordo com os dados obtidos (Tabela 37) podemos concluir, que não existem diferenças significativas entre os cinco fatores quando é usada a idade como variável discriminante.

Tabela 37: Estatísticas do *Teste Kruskal-Wallis* - Idade

Kruskal-Wallis Test					
Test Statistics ^{a,b}					
	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Chi-Square	8,506	2,340	6,037	7,898	5,531
Df	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	,203	,886	,419	,246	,478

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade

Para aprofundar a análise anterior, efetuou-se a correlação entre a idade e dois índices da escala, um dos índices teve por base todas as variáveis da escala e o outro baseado na satisfação global (Tabelas 38 e 39). Ao examinar as tabelas seguintes, verificou-se em ambas as situações não existir correlação significativa com a idade, o que confirma a ausência de qualquer influência por parte da idade dos utentes na sua satisfação com a Cirurgia de Ambulatório.

Tabela 38: *Correlações Spearman's rho* - Idade / Total das variáveis

Correlations			
		Idade	Total variáveis
Spearman's rho	Idade		
	Correlation Coefficient	1,000	,131
	Sig. (2-tailed)	.	,195
	N	100	100
	Total variáveis		
	Correlation Coefficient	,131	1,000
	Sig. (2-tailed)	,195	.
	N	100	100

Tabela 39: *Correlações Spearman's rho* - Idade / Satisfação Global

Correlations			
		Idade	Satisfação global
Spearman's rho	Idade		
	Correlation Coefficient	1,000	,081
	Sig. (2-tailed)	.	,422
	N	100	100
	Satisfação global		
	Correlation Coefficient	,081	1,000
	Sig. (2-tailed)	,422	.
	N	100	100

4.2.6.3 Estado civil

Com a finalidade de verificar se o estado civil dos utentes estaria associado à satisfação global com a Cirurgia de Ambulatório, procedeu-se à análise da diferença dos cinco fatores resultantes da análise fatorial utilizando-se como variável discriminante o estado civil.

Ao analisar os dados obtidos constata-se que quatro dos cinco fatores não apresentam diferenças significativas quando usado o estado civil como variável discriminante. Contudo, o fator Confiança cujo valor é de 0,015 exibe a probabilidade de alguma influência por parte da variável estado civil (Tabela 40).

Tabela 40: Estatísticas do Teste de *Kruskal-Wallis* - Estado civil

Kruskal-Wallis Test					
Test Statistics ^{a,b}					
	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Chi-Square	12,294	7,126	4,213	5,039	2,383
Df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,015	,129	,378	,283	,666

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil

De forma a infirmar a leitura anterior, realizou-se a análise da correlação entre o estado civil e dois índices da escala, um dos índices foi construído tendo por base todas as variáveis da escala e outro tendo por base a satisfação global. Tanto numa situação, como na outra, verificou-se a não existência de correlação significativa com o estado civil do utente, o que implica a ausência de qualquer influência do estado civil do utente na sua satisfação com a Cirurgia de Ambulatório (Tabelas 41 e 42).

Tabela 41: *Correlações Spearman's rho* - Satisfação Global / Estado civil

Correlations			
		Satisfação global	Estado Civil
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,142
	Sig. (2-tailed)	.	,158
	N	100	100
	Correlation Coefficient	-,142	1,000
	Sig. (2-tailed)	,158	.
	N	100	100

Tabela 42: *Correlações Spearman's rho* - Estado civil / Total das variáveis

Correlations			
		Estado Civil	Total variáveis
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,154
	Sig. (2-tailed)	.	,127
	N	100	100
	Correlation Coefficient	-,154	1,000
	Sig. (2-tailed)	,127	.
	N	100	100

4.2.6.4 Habilitações literárias

Com o propósito de analisar se o nível de escolaridade estava associado à satisfação do utente da Cirurgia de Ambulatório, analisou-se a diferença entre os cinco fatores resultantes da análise fatorial, utilizando-se as habilitações literárias como indicador discriminante.

De acordo com os resultados obtidos no Teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis*, quatro dos cinco fatores não apresentam diferença significativa. No entanto, o fator Tangibilidade com um valor de 0,041 indica a presença de alguma influência por parte das habilitações literárias dos utentes (Tabela 43).

Tabela 43: Estatísticas do *Teste Kruskal-Wallis* - Habilitações Literárias

Kruskal-Wallis Test					
Test Statistics ^{a,b}					
	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Chi-Square	4,843	3,940	8,171	1,362	13,146
Df	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	,564	,685	,226	,968	,041

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habilitações Literárias

Em consonância com os resultados anteriores, após análise das correlações entre as habilitações literárias / total das variáveis, e as habilitações literárias / satisfação global, constatou-se não existir correlação significativa (Tabelas 44 e 45).

Tabela 44: *Correlações Spearman's rho* - Total das variáveis / Habilitações Literárias

Correlations			
		Total variáveis	Habilitações Literárias
Spearman's rho	Total variáveis	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	-,109
		N	,281
	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	100
		Sig. (2-tailed)	-,109
		N	,281

Tabela 45: *Correlações Spearman's rho* - Habilitações Literárias / Satisfação Global

Correlations			
		Habilitações Literárias	Satisfação global
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,154
	Habilitações Literárias Sig. (2-tailed)	.	,126
	N	100	100
	Correlation Coefficient	-,154	1,000
	Satisfação global Sig. (2-tailed)	,126	.
	N	100	100

4.2.6.5 Situação profissional

Com a finalidade de atestar se a situação profissional dos utentes estaria associada à satisfação global com a Cirurgia de Ambulatório, procedeu-se à análise da diferença dos cinco fatores resultantes da análise fatorial utilizando-se como variável discriminante a situação profissional.

Ao analisar os resultados obtidos no Teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis*, quatro dos cinco fatores não apresentam diferença significativa. No entanto, o fator Tangibilidade com um valor de 0,027 indica a presença de alguma influência por parte da situação profissional do utente (Tabela 46).

Tabela 46: Estatísticas do *Teste de Kruskal-Wallis* - Situação profissional

Kruskal-Wallis Test					
Test Statistics ^{a,b}					
	Confiança	Tecnologia e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Chi-Square	5,974	,610	4,056	4,178	10,976
Df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,201	,962	,398	,383	,027

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Situação Profissional

No sentido de atestar os resultados anteriores, realizou-se a análise da correlação entre situação profissional do utente e dois índices da escala, um dos índices foi construído tendo por base todas as variáveis da escala e outro tendo por base a satisfação global. Tanto numa situação, como na outra, verificou-se a não existência de correlação significativa com o estado civil do utente em relação ao total das variáveis, no entanto verificou-se a existência de ligeira correlação entre a situação profissional e a satisfação global do utente com a Cirurgia de Ambulatório (Tabelas 47 e 48).

Tabela 47: *Correlações de Spearman's rho* - Total das variáveis / Situação profissional

Correlations			
		Total variáveis	Situação Profissional
Spearman's rho	Total variáveis	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,082
		N	,419
			100
	Situação Profissional	Correlation Coefficient	,082
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,419
			100

Tabela 48: *Correlações de Spearman's rho* - Situação profissional / Satisfação Global

Correlations			
		Situação Profissional	Satisfação global
Spearman's rho	Situação Profissional	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,173
		N	,085
			100
	Satisfação global	Correlation Coefficient	,173
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,085
			100

4.2.6.6 Especialidade médica

Ao proceder à análise da influência da especialidade médica pela qual o utente foi atendido na Cirurgia de Ambulatório, em relação à sua satisfação estudou-se a diferença entre os cinco fatores tendo como variável discriminante a especialidade médica. De acordo com a Tabela 49, constata-se que nenhum dos fatores apresenta diferenças significativas, e como tal a especialidade médica pela qual os utentes são atendidos não exerce qualquer tipo de influência.

Tabela 49: Estatísticas do Teste *Kruskal-Wallis* - Especialidade médica

Kruskal-Wallis Test					
Test Statistics ^{a,b}					
	Confiança	Aparência Tecnológica e Empatia	Garantia e segurança	Prontidão no atendimento	Tangibilidade
Chi-Square	5,586	5,747	3,379	,822	1,453
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,232	,219	,497	,935	,835

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Especialidade médica

V. CONCLUSÕES

O propósito fundamental ao se teorizar no campo da avaliação dos serviços de saúde, não descurando as suas características específicas, é sobretudo, o de procurar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de colaborar para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamento no âmbito dos serviços.

Embora o termo “satisfação” esteja na ordem do dia, sendo referido em ampla escala na literatura internacional, é um conceito cujos contornos se revelam vagos, reunindo múltiplas e diversas realidades. A avaliação da satisfação do cliente na tomada de decisão do consumidor é amplamente reconhecida, e criou uma mudança dramática para o marketing focado no cliente de serviços e um aumento constante de investigação relacionada com o comportamento do cliente nos serviços (Palmer, 1995; Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2006).

A generalidade dos países mais desenvolvidos tem adotado políticas que procuram colocar na ordem do dia a necessidade, cada vez mais incontornável, de levar em linha de conta as opiniões, os pontos de vista e as expectativas dos cidadãos. O setor da saúde não é alheio a este fenómeno, pelo que temos vindo a assistir a uma metamorfose na procura dos cuidados de saúde, pelo que a oferta deverá corresponder a essas mudanças e não insistir em que seja a procura a adaptar-se à oferta.

A satisfação com os serviços de saúde, na vertente da satisfação dos utentes, é uma área complexa e de difícil avaliação mas, ao mesmo tempo, incontornável. A satisfação dos utentes é, atualmente, considerada como um objetivo basilar dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar de evidência na avaliação da qualidade dos mesmos. Daí a importância de se saber o que o utente pensa e necessita no enquadramento atual e real, com as possibilidades e limitações que existem. É, igualmente, necessário que os estudos de satisfação se transformem em ações de rotina, alicerçadas nas experiências individuais dos utentes.

Neste contexto, emergiu o presente trabalho de investigação, cujo principal objetivo consistiu em analisar a satisfação dos utentes com a cirurgia em regime de ambulatório. Sendo a satisfação com a cirurgia de ambulatório uma prática pouco explorada, optou-se por restringir a análise a uma só instituição, estando conscientes que se abordou apenas uma mínima parcela desta realidade e que apenas demos um módico passo que explora uma ampla realidade.

Os resultados obtidos através de um inquérito construído com base nas escalas SERVQUAL e SERVPERF, aplicado a 100 utentes submetidos a cirurgia em regime de ambulatório, mostram elevados níveis de concordância onde, de uma forma geral, os utentes estão bastante satisfeitos com as diferentes dimensões do serviço prestado. Constatase que todas as dimensões da escala apresentam médias acima dos 4,5; à exceção da Confiança e da Empatia que apresentam valores inferiores a 4,5 (4,27 e 4,47 respetivamente). Em relação à Satisfação Global com a cirurgia em regime de ambulatório, os utentes apresentam níveis elevados, com uma média total de 4,73. Contudo, é essencial mencionar que as médias mais baixas obtidas são referentes às questões B1 (Fui atendido no horário previsto) e B3 (O serviço foi prestado no prazo prometido) com valores de 4,01 e 4,14 respetivamente.

Com o desígnio de compreender quais as dimensões que expressam maior e pior satisfação dos utentes que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, submeteu-se a escala ao *Teste de Friedman*, e de acordo com os resultados, a dimensão garantia e segurança é considerada pelos utentes da cirurgia em regime de ambulatório como o atributo mais relevante do serviço prestado. A tecnologia e empatia é considerada como o atributo com menor relevância na opinião dos utentes.

Estes dados não vão de encontro, na sua totalidade, ao estudo desenvolvido por Bloemer et al (1999) que aponta a empatia e a garantia como as dimensões mais importantes nos serviços de saúde relativamente aos outros serviços. O estudo de Dean (1999) também revelou que as dimensões garantia e empatia eram as mais valorizadas pelos utentes.

Para além disso, os resultados mostram que as características sócio-demográficas não têm influência na satisfação.

5.1 IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

A missão de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é a satisfação das necessidades objetivas e subjetivas dos seus utilizadores efetivos ou potenciais (Ferreira, Raposo, & Godinho, 2005). Deste modo, espera-se que as conclusões que foram sendo apresentadas permitam, aos gestores das unidades de Cirurgia de Ambulatório:

- ⇒ assimilar quais as dimensões que mais contribuem para a satisfação do utente;
- ⇒ compreender os fatores que contribuem para a satisfação dos utentes e que evidenciam as áreas de organização e de gestão que exigem por parte dos gestores/administradores uma atenção mais minuciosa;
- ⇒ articular, na medida do possível, as questões da satisfação num processo de gestão integrada, para aumentar os índices de satisfação dos utentes;
- ⇒ ter perceção do quão pertinente é avaliar a satisfação do utente, pois só assim será possível adotar medidas no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados e gerir os mesmos de forma mais eficaz.

A dimensão garantia e segurança foi considerada pelos utentes da cirurgia em regime de ambulatório como o atributo mais relevante do serviço prestado. Este facto que pode ser explicado pela perceção de risco sentida pelo utente numa intervenção cirúrgica e assinala a importância que o utente atribui à competência e conhecimentos e garantias percebidas. Em particular, para o caso da organização objeto do estudo, é de assinalar os itens que revelaram índices de satisfação menos elevados, que se referem horário e prazo do atendimento, pelo que se recomenda uma melhor gestão a nível do horário da convocatória para comparecer na instituição.

A dimensão tecnologia e empatia é considerada como o atributo com menor relevância na opinião dos utentes, o que é inquietante principalmente pelo setor da saúde ser tão intangível e pelo facto de muitos autores reputarem estas dimensões preponderantes, implicando a necessidade de uma intervenção no sentido de colmatar estes resultados e desta forma minimizar a incerteza e vulnerabilidade dos utentes.

Neste estudo, a dimensão empatia aparenta ter sido pobremente utilizada em relação às restantes dimensões, quer a nível da escala original, quer a nível da escala pós análise fatorial, pelo que se aconselha a que os gestores não negligenciem a componente interpessoal da prestação do serviço na Cirurgia de Ambulatório.

5.2 LIMITAÇÕES E PISTAS PARA ESTUDOS FUTUROS

Em género de sùmula, esperamos que este trabalho e suas conclusões possam contribuir para uma reflexão mais aprofundada sobre esta temática e que possa ser um ponto de partida para novas investigações. Contudo, tem-se a plena consciência de que muitos conceitos ficaram por operacionalizar, uma vez que este tipo de investigações requerem profissionais das diversas áreas dada a multiplicidade teórica, metodológica e pedagógica do seu percurso. Com toda a convicção esta foi uma das principais dificuldades deste estudo.

Uma outra considerável limitação aferida nesta investigação está relacionada com o facto da recolha de dados ter sido realizada numa só instituição, o que reduziu a análise concreta de outras realidades equiparadas; pelo que no futuro, face a esta limitação, sugere-se que sejam praticados outros estudos que incluam amostras de maiores dimensões e também serviços de outras instituições.

Por último, reiteramos a indispensabilidade de aprofundar o impacto das características sócio-demográficas na satisfação dos utentes da cirurgia de ambulatório e na construção dos modelos teóricos.

Apesar das limitações constatadas, é útil referenciar que a sua identificação não invalida as conclusões deste trabalho. O reconhecimento destas limitações permite a identificação de oportunidades de investigação futura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, E. W., Fornell, C., & Lehmann, D. R. (1994). Customer satisfaction, market share, and profitability: findings for Sweden. *Journal of Marketing*, Vol. 58, Issue 3, 53 - 66.
- Arnold, D. R., Hoffman, D. K., & McCormick, J. (1989). Service pricing: a differentiation premium approach. *Journal of Services Marketing*, Vol. 3, Issue 3, 25-33.
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 42, Issue 4, 324-339.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, Vol. 24, Issue 3, 253 - 268.
- Babakus, E., & Mangold, G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: an empirical investigation. *Health Services Research*, Vol. 26, Issue 6, 767-786.
- Barthelsson, C., Lützén, K., Anderberg, B., & Nordström, G. (2003). Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 12, Issue 2, 253-259.
- Bebko, C. P. (2000). Service intangibility and its impact on consumer expectations of service quality. *Journal of Services Marketing*, Vol. 14, Issue 1, 9-26.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de avaliação - 3ª edição*. Lisboa: Edições Gradiva.
- Berry, L. (1983). Emerging perspectives on services marketing. *American Marketing Association*.
- Bigné, J. E., Martínez, F. C., Miquel, R., & Belloch, R. A. (1996). La calidad de servicio en las agencias de viaje: una adaptación de la escala SERVQUAL. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, Vol. 5, N°2, 7 - 18.
- Bloemer, J. M., & Kasper, J. D. (1995). The complex relationship between consumer satisfaction and brand loyalty. *Journal of Economic Psychology*, Vol. 16, Issue 2, 311 - 329.
- Bojanic, D., & Rosen, L. D. (1993). Measuring service quality in restaurants: an application of the SERVQUAL instrument. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, Vol. 18, 3-14.

- 📖 Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. (1993). A Dynamic Process Model Service Quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, Vol. 30, Issue 1, 7-27.
- 📖 Bowen, J. (1990). Development of taxonomy of services to gain strategic marketing insights. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 18, Issue 1, 43-49.
- 📖 Brown, T. J., Churchill, G. A., & Peter, J. P. (1993). Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*, Vol. 69, Issue 1, 127 - 139.
- 📖 Buttle, F. A. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, Vol.30, Issue 1, 8 - 32.
- 📖 Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, Vol.66, Issue 1, 33 - 55.
- 📖 Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- 📖 Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health*, Vol. 14, Issue 3, 236-249.
- 📖 Chung, F., & Mezei, G. (1999). Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia*, Vol. 46, Sup. 5, 18-34.
- 📖 Churchill, G. A., & Suprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, Vol. 19, Issue 4, 491 - 504.
- 📖 Cohen, D., & Dillon, J. B. (1966). Anesthesia for outpatient surgery. *The Journal of the American Medical Association*, Vol.196, Issue 13, 1114 - 1116.
- 📖 Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An examination of teory applications. *Journal of Applied Psychology*; Vol.78, N°1, 98-104.
- 📖 Cristopher, M., Payne, A., & Ballantine, D. (1994). *Relationship Marketing - 2nd Ed*. Ed. Butterworth Heinemann.
- 📖 Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, Vol.56, Issue 3, 55-68.

- 📖 Cronin, J., & Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, Vol.58, Issue 1, 125 - 131.
- 📖 Dancey, C., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- 📖 Darby, M. R., & Karni, E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law & Economics*, Vol. 16, Issue 1, 67-88.
- 📖 Dean, A. M. (1999). The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments. *Health Marketing Quarterly*, Vol. 16, Issue 3, 1-21.
- 📖 *Diário da República*, 1ª série - nº 21 Portaria 132/2009, artigo 3. (30 de Janeiro de 2009). Obtido de <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/01/02100/0065600660.pdf>
- 📖 Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, Vol.260, Issue 12, 1743 - 1748.
- 📖 Espiridão, M., & Trad, L. (2005). *Avaliação de satisfação de usuários*. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232005000500031
- 📖 Ferreira, P. L., Afonso, P. B., Raposo, V., & Godinho, P. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- 📖 Ferreira, P. L., Raposo, V., & Godinho, P. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os cuidados de saúde privados. Prefácio de Constantino Sakellarides*. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor.
- 📖 Ferreira, P., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto do Consumidor.
- 📖 Fick, G. R., & Ritchie, J. R. (1991). Measuring Service Quality in the Travel and Tourism Industry. *Journal of Travel Research*, Vol. 30, Issue 2, 2 - 9.
- 📖 Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2004). *Service Management - Operations, Strategy, and Information Technology; Fourth Edition*. USA: McGraw-Hill.
- 📖 Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.

- Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M. R., & Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-natal do Instituto de Genética Médica/CHVNG. *Revista Saúde Pública*, Vol. 19, 55-80.
- Freitas, A., & Cozendey, M. (2008). Um Modelo SERVPERF para Avaliação de Serviços Hospitalares. *XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - a integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável*. Rio de Janeiro.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, Vol. 22, Issue 1, 8-19.
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.16, Issue 6, 1109-1117.
- Greene, J. Y., Mamlin, J. J., & Weinberger, M. (1980). Patient attitudes toward health care: expectations of primary care in a clinic setting. *Social Science & Medicine*, Vol. 14, Issue 2, 133-138.
- Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: a customer relationship Management approach - 2nd Edition*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Guiltnan, J. P. (1987). The price bundling of services: a normative framework. *Journal of Marketing*, Vol. 51, Issue 2, 74-85.
- Heung, V. C., Wong, M. Y., & Qu, H. (2000). Airport-restaurant service quality in Hong Kong: an application of SERVQUAL. *Cornell Hotel and Restaurant Administration*.
- Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário - 2ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Italiani, F. (2006). *Marketing farmacêutico*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Jain, S. K., & Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs SERVPERF Scales. *The Journal of Decision Makers*, Vol. 29, Issue 2, 25-37.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care*, Vol. 11; Issue 4, 335-339.
- John, J. (1992). Patient satisfaction: the impact of past experiences. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 12, Issue 3, 56-64.

- 📖 Kotler, P. (2002). *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas.
- 📖 Kotler, P., & Andreasen, A. (1996). *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations, 5th Edition*. New Jersey: Prentice Hall.
- 📖 Krishnan, P., Ntima, O., Armanious, S., & Davies, C. (2007). Patient satisfaction with day surgery service in a busy district general hospital. *Journal of One Day Surgery, Vol. 17*.
- 📖 Lakatos, E., & Marconi, M. (1991). *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, teoria, hipóteses e variáveis - 2ª Edição*. São Paulo: Atlas.
- 📖 Lee, H., Lee, Y., & Yoo, D. (2000). The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Services Marketing, Vol.14, Issue 3*, 217 - 231.
- 📖 Lemos, P. (Dezembro de 2008). V Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória - Relatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória N° 9*, 59-60.
- 📖 Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science & Medicine, Vol. 16*, 583-589.
- 📖 Lovelock, C. H. (1983). Classifying services to gain strategic marketing insights. *Journal of Marketing, Vol. 47, Issue 3*, 9-20.
- 📖 Lovelock, C., & Wirtz, J. (2006). *Marketing de Serviços – Pessoas, Tecnologia e Resultados* (5ª Edição ed.). S. Paulo: Prentice Hall.
- 📖 Lovelock, C., & Wright, L. (2001). *Serviços - Marketing e Gestão*. Ed. Saraiva.
- 📖 Mack, J. L., File, K. M., Horwitz, J. E., & Prince, R. A. (1995). The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Management Review, Vol. 20; Issue 2*, 7 - 15.
- 📖 Maia, M., Salazar, A., & Ramos, P. (2007). A adequação dos Modelos SERVQUAL e SERVPERF na medição da qualidade de serviço: o caso da RAR imobiliária. *Conocimiento, innovación y emprendedores: Camino al futuro*, 1802 - 1813.
- 📖 Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de Marketing. Uma orientação aplicada - 4ª Edição*. Brasil: Bookman.

- 📖 Mano, H., & Oliver, R. L. (1993). Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling and satisfaction. *Journal of Consumer Research*, Vol. 20, Issue 3, 451- 466.
- 📖 Minadeo, R., & Selles, A. (2006). *Marketing para serviços de saúde: um manual de talento e bom senso*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- 📖 Minayo, M. C., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). *Quality of life and health: a necessary debate*. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&lng=pt. 10.1590/S1413-81232000000100002
- 📖 Mitra, K., Reiss, M. C., & Capella, L. M. (1999). An examination of perceived risk, information search and behavioral intentions in search, experience and credence services. *Journal of Services Marketing Vol. 13 Issue 3*, pp. 208-228.
- 📖 Nelson, P. (1970). Information and consumer behavior. *Journal of Political Economy*, Vol.78, Issue 2, pp. 311-329.
- 📖 Nelson, P. (1974). Advertising as information. *Journal of Political Economy*, Vol. 82, Issue 4, pp. 729-754.
- 📖 Noronha Filho, G. (1990). O que fazer da literatura sobre satisfação do utente: uma proposta para os serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 8, Issue 2, 59 - 64.
- 📖 Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- 📖 Oliveira Rocha, J. A. (2006). *Gestão da Qualidade: aplicação aos serviços públicos*. Livraria Escolar Editora.
- 📖 Oliveira, M., Rotondaro, V., Ferreira, J., & Rotondaro, R. (2006). SERVPERF x técnica do incidente crítico: uma comparação dos modelos para determinação da satisfação dos médicos com o atendimento de propagadista de laboratório farmacêutico. *XXVI ENEGP*. Fortaleza, Brasil.
- 📖 Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, Vol. 17; Issue 4, 460 - 469.
- 📖 Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, Vol.20, Issue 3, 418-430.
- 📖 Ostrom, A., & Iacobucci, D. (1995). Consumer trade-offs and the evaluation of services. *Journal of Marketing*, Vol. 59, Issue 1, 17-28.

- 📖 Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows, 4th Edition*. Open University Press.
- 📖 Palmer, A. (1995). *Principles of Services Marketing*. London: McGraw-Hill.
- 📖 Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 21, Issue 1, 1 - 12.
- 📖 Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, Vol. 49, Issue 4, 41-50.
- 📖 Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64, Issue 1, 12-40.
- 📖 Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. New York: Free Press.
- 📖 Pascoe, G. C. (1998). Patient satisfaction in primary healthcare: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6, Issues 3 - 4, 185 - 210.
- 📖 Payne, A., Christopher, M., Clark, M., & Peck, H. (1998). *Relationship Marketing for Competitive Advantage. Winning and Keeping Customers*. Ed. Butterworth Heinemann.
- 📖 Pereira, M., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2, 69-80.
- 📖 Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS, 4ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- 📖 Pimentel, C., Magalhães, C., Seca, M. J., & Torres Lima, M. F. (2005). Avaliação do grau de informação sobre cirurgia de ambulatório em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória* N° 6, 59-62.
- 📖 Polit, D., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research, Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins.
- 📖 Ramsaran-Fowdar, R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 27, Issue 4, 428-443.
- 📖 Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. (2011). Governo de Portugal - Ministério da Saúde.

- 📖 Rhodes, L., Miles, G., & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 12, Issue 4, 178-192.
- 📖 Salazar, A. (2000). Avaliação da Qualidade nos Serviços: O caso de uma Seguradora. *Revista Portuguesa de Gestão* N° 3.
- 📖 Saleh, F., & Ryan, C. (1991). Analysing Service Quality in the Hospitality Industry using the SERVQUAL model. *The Service Industries Journal*, Vol.11, Issue 3, 352-373.
- 📖 Salomi, G., Miguel, P., & Abackerli, A. (2005). *SERVQUAL X SERVPERF: Comparação entre Instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos*. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2005000200011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-530X2005000200011
- 📖 Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondiére, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal. A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- 📖 Singh, J. (1990). Voice exit and word-of-mouth behaviors: an investigation across three service categories. *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol. 18, Issue 1, 1 - 15.
- 📖 Skogland, I., & Siguaw, J. (2004). Are your satisfied customers loyal? *Cornell Hospitality Quarterly*, Vol. 45, Issue 3, 221 - 234.
- 📖 Smith, A. K., & Bolton, R. N. (2002). The effect of customers' emotional responses to service failures on their recovery effort evaluations and satisfaction judgments. *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol. 30, Issue 1, 5 - 23.
- 📖 Teas, R. K. (1993). Expectations, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing*, Vol. 57, Issue 4, 18 - 34.
- 📖 Teas, R. K. (1994). Expectations as a comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment. *Journal of Marketing*, Vol. 58, Issue 1, 132 -139.
- 📖 Tysome, J. R., & Padgham, N. D. (2006). A comparative study of patient satisfaction with day case and in-patient major ear surgery. *The Journal of Laryngology & Otology*, Vol. 120, Issue 8, 670-675.
- 📖 Vieira, C., & Lima, E. (1998). *Metodologia da Investigação Científica - Caderno de texto de apoio (pp. 61-71). 6ª edição*. Coimbra.

- 📖 Vuori, H. V. (1982). Quality assurance of Health Services: Concepts and Methodology. *Public Healthin Europe, Vol. 16*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 📖 Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning, Vol. 6, Issues 3 - 4*, 247-263.
- 📖 Weiss, G. L. (1988). Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Medical Care, Vol.26, Issue 4*, 383 - 392.
- 📖 Westbrook, R. A. (1980). A rating scale of measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing, Vol. 44*, 68 - 72.
- 📖 Woodruff, R. B., Cadotte, E. R., & Jenkins, R. L. (1983). Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms. *Journal of Marketing Research, Vol. 20; Issue 3*, 296 - 304.
- 📖 Yellen, E. A., & Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN Journal, Vol. 74, Issue 4*, 483-498.
- 📖 Zeithaml, V. A. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. *Marketing of Services, Vol. 9, Issue 1*, 186-190.
- 📖 Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2006). *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. Boston: McGraw-Hill.

APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INQUÉRITO


NOTA DE SERVIÇO

De Noémia Paula Costa Leite

Nº

A Exm^a. Comissão de Apoio Executivo

Data 31/07/2013

Texto	Despacho
<p>Assunto: Pedido de autorização e colaboração para aplicação de um inquérito aos utentes da cirurgia de ambulatório</p> <p>No âmbito do segundo ano do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho, Noémia Paula Costa Leite, Enfermeira Residente na Unidade de Cuidados Intermédios da Vossa Instituição, pretende desenvolver o Trabalho de Dissertação de Mestrado com o tema: “Cirurgia de ambulatório: experiência e satisfação do utente”, cuja orientação está a cargo da Dra. Ana Maria Soares.</p> <p>O objetivo primordial deste trabalho focaliza-se, concretamente, na avaliação da qualidade e satisfação do utente de cirurgia de ambulatório do hospital em estudo, numa atenta análise, diagnóstico e recomendações que cooperem para elevar a qualidade e satisfação dos utilizadores deste serviço.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p><u>Objetivo 1:</u> Identificar as dimensões de satisfação mais importantes para os utentes.</p> <p><u>Objetivo 2:</u> Avaliar o grau de satisfação em relação a diferentes componentes do serviço prestado, tendo por base 5 dimensões: tangibilidade, confiança, prontidão na resposta, garantia e segurança e empatia.</p> <p><u>Objetivo 3:</u> Determinar o nível de satisfação global do utente em relação ao serviço prestado.</p> <p><u>Objetivo 4:</u> Identificar pontos de melhoria.</p>	<p><i>Autorizado H.P. 13/07/14</i></p> <p></p> <p><i>13/07/13</i></p>

Com o intuito de dar cumprimento aos objetivos propostos, a investigação tentará responder à seguinte questão:

Qual o grau de satisfação do utente da cirurgia de ambulatório?

Considera-se que esta é uma questão relevante para todos os gestores, stakeholders e profissionais que desempenham funções no setor da saúde.

A Instituição terá garantido, caso assim o deseje, o anonimato, dado que o que é relevante no estudo é a avaliação da experiência e grau de satisfação do cliente da cirurgia de ambulatório.

Posto isto, vem por este meio solicitar V. Ex.^a que seja autorizada a aplicação de um inquérito aos clientes da cirurgia de ambulatório, encontrando-se o mesmo em anexo para Vossa consulta e aprovação. Em anexo disponibilizo o tipo de estudo, o cálculo da amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos formais e éticos para Vossa consulta e esclarecimento.

Agradecendo antecipadamente, a colaboração da organização que V. Ex.^a dirige para a realização deste estudo e encontrando-se disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessários e disponibilizar todos os dados que sejam recolhidos durante o estudo.

Sem outro assunto,

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Noémia Paula Costa Leite

Noémia Costa Leite

Tel.: 916823036

Email – noemia.leite1@gmail.com

APÊNDICE 2 – INQUÉRITO



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

INQUÉRITO

Avaliação da satisfação dos utentes da cirurgia em regime de ambulatório

Caro utente:

Este inquérito tem como objetivo obter informações sobre a satisfação dos utentes da cirurgia em regime de ambulatório.

Os resultados obtidos neste questionário, além de contribuírem para a melhoria dos cuidados prestados, irão ser utilizados num projeto de investigação de âmbito académico, que será resumido numa Tese de Mestrado na área da Gestão em Unidades de Saúde da Universidade do Minho.

As suas opiniões são muito importantes para esta investigação, é importante que responda a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correta, o importante é que responda com sinceridade às questões colocadas. De salientar que as respostas são confidenciais e anónimas. Se necessário, por qualquer tipo de razão, o inquérito pode ser preenchido com a ajuda do seu acompanhante.

O preenchimento do inquérito é fácil e demora cerca de 5 minutos.

Após ter terminado o preenchimento do inquérito certifique-se que respondeu a todas as questões, coloque o inquérito dentro do envelope e feche-o.

Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer.

Este trabalho está a ser elaborado pela Enfermeira Noémia Leite, aluna do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho.

Muito obrigada pela atenção dispensada

Noémia Costa Leite

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DA CIRURGIA EM REGIME DE AMBULATÓRIO

PARTE I

As afirmações seguintes dizem respeito à sua percepção sobre o serviço de CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. Para cada uma das seguintes afirmações assinale com um **X** a sua avaliação, utilizando uma escala de 1 a 5, em que 1 significa **discordo totalmente**, 2 - **discordo**, 3 - **indiferente**, 4 - **concordo** e 5 significa **concordo totalmente**.

A – TANGIBILIDADE	1	2	3	4	5
A1 O hospital tem equipamentos modernos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2 As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3 A equipa tem boa aparência profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – CONFIANÇA	1	2	3	4	5
B1 Fui atendido no horário marcado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2 A equipa demonstra sincero interesse em resolver os problemas que surgem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3 O serviço foi prestado no prazo prometido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C – PRONTIDÃO NO ATENDIMENTO	1	2	3	4	5
C1 A equipa (enfermeiros, médicos, administrativos) informou-me de quando o serviço estava previsto ser executado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2 A equipa esteve sempre disposta a ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 Responderam prontamente às solicitações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D – GARANTIA E SEGURANÇA	1	2	3	4	5
D1 A equipa foi educada e simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2 A equipa transmitiu-me segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3 A equipa é competente e possui conhecimentos para responder às minhas perguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E – EMPATIA	1	2	3	4	5
E1 A equipa prestou-me cuidados personalizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2 A equipa preocupou-se com os meus interesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F – SATISFAÇÃO GLOBAL	1	2	3	4	5
F1 Globalmente fiquei satisfeito com a cirurgia em regime de ambulatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE II

Responda às seguintes perguntas assinalando com uma cruz (X).

Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>
	Feminino <input type="checkbox"/>

Idade	Entre 18 e 24 anos <input type="checkbox"/>	Entre 55 e 64 anos <input type="checkbox"/>
	Entre 25 e 34 anos <input type="checkbox"/>	Entre 65 e 74 anos <input type="checkbox"/>
	Entre 35 e 44 anos <input type="checkbox"/>	75 ou mais de 75 anos <input type="checkbox"/>
	Entre 45 e 54 anos <input type="checkbox"/>	

Estado Civil	Casado(a) <input type="checkbox"/>
	União de facto <input type="checkbox"/>
	Solteiro(a) <input type="checkbox"/>
	Viúvo(a) <input type="checkbox"/>
	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>

Grau de Escolaridade	Não sabe ler, nem escrever <input type="checkbox"/>	Secundário(12º ano)/Liceu <input type="checkbox"/>
	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
	1º Ciclo do Ensino Básico(Ensino Primário) <input type="checkbox"/>	Pós-graduação <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo do Ensino Básico(Ensino Preparatório) <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano) <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>

Situação profissional	Estudante <input type="checkbox"/>
	Trabalhador(a) no ativo <input type="checkbox"/>
	Doméstica <input type="checkbox"/>
	Desempregado(a) <input type="checkbox"/>
	Reformado(a) <input type="checkbox"/>

Especialidade Médica	Ortopedia <input type="checkbox"/>
	Cirurgia Plástica <input type="checkbox"/>
	Cirurgia Geral <input type="checkbox"/>
	Urologia <input type="checkbox"/>
	Oftalmologia <input type="checkbox"/>